



Keskeisten verrokkimaiden kansallisten mielenterveysstrategioiden tarkastelu

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:17

Keskeisten verrokkimaiden kansallisten mielenterveysstrategioiden tarkastelu

Leena Kurki-Kangas

Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2019

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN PDF:978-952-00-4047-5

Helsinki 2019

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		26.2.2019
Tekijät	Leena Kurki-Kangas		
Julkaisun nimi	Keskeisten verrokkimaiden kansallisten mielenterveysstrategioiden tarkastelu		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:17		
ISBN PDF	978-952-00-4047-5	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4047-5		
Sivumäärä	104	Kieli	suomi
Asiasanat	mielenterveys, strategiat, palvelujärjestelmät		
Tiivistelmä <p>Raportissa tarkastellaan verrokkimaiden kansallisten mielenterveysstrategioiden keskeisiä sisältöjä, valmisteluprosessia sekä toimeenpanoon ja arviointiin liittyviä kysymyksiä. Verrokkimaina ovat Skotlanti, Ruotsi, Kanada, Australia, Englanti ja Norja. Verrokkimaiden valinnassa olennaista on ollut riittävän vertailukelpoiset yhteiskunnat ja palvelujärjestelmät sekä ajantasainen mielenterveysstrategia.</p> <p>Verrokkimaiden mielenterveysstrategioiden painopistealueet jakautuvat kuteen teemaan: terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy, palvelut ja hoito, psykiatrisia häiriöitä sairastavien somaattinen terveys, hyvinvointi ja osallisuus, alkuperäiskansat ja haavoittuvat ryhmät, organisaatiot, hallinto ja johtajuus sekä tieto ja mittaaminen. Painopistealueet sisältävät strategiasta riippuen eri tasoisia tavoitteita ja toimenpidesuosituksia. Sisällöltään strategiat vastaavat pitkälti WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman tavoitteita.</p> <p>Valmisteluprosesseissa keskeistä on ollut tiivis yhteistyö eri sidosryhmien kanssa. Strategioita valmisteltaessa on järjestetty mm. kuulemistilaisuuksia, fokusryhmiä ja tehty verkkokyselyjä. Keskeisessä roolissa ovat olleet psykiatrisia häiriöitä sairastavat ja heidän perheensä.</p> <p>Toimeenpanoon liittyen strategioissa korostetaan yhteistyön merkitystä. Olennaista on tavoitteiden saavuttamisen ja edistyksen seuraaminen. Tähän tarvitaan tietopohjaa ja useissa strategioissa on määritelty indikaattorit, joilla edistymistä arvioidaan.</p> <p>Strategioiden keskeisenä tarkoituksena on näyttää suuntaa muutokselle ja rakentaa pohjaa pitkäjänteisemmälle uudistumiselle mielenterveyden alalla.</p>			
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet		26.2.2019
Författare	Leena Kurki-Kangas		
Publikationens titel	Granskning av nationella strategier för psykisk hälsa i viktiga jämförelseländer		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:17		
ISBN PDF	978-952-00-4047-5	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4047-5		
Sidantal	104	Språk	finska
Nyckelord	psykisk hälsa, strategier, servicesystem		
Referat <p>I rapporten granskas det centrala innehållet i, beredningsprocessen för samt frågor om genomförande och bedömning av de nationella strategierna för psykisk hälsa i jämförelseländer. Jämförelseländerna är Skottland, Sverige, Kanada, Australien, England och Norge. Väsentligt vid valet av jämförelseländer har varit tillräckligt jämförbara samhällen och servicesystem samt en aktuell strategi för psykisk hälsa.</p> <p>De prioriterade områdena för jämförelseländernas strategier för psykisk hälsa fördelar sig på sex teman: främjande av hälsa och förebyggande av sjukdomar, service och vård, somatisk hälsa hos personer med psykiatriska störningar, välbefinnande och delaktighet, urfolk och sårbara grupper, organisationer, förvaltning och ledarskap samt information och mätning. De prioriterade områdena innehåller målsättningar och rekommendationer till åtgärder på olika nivåer beroende på strategi. I fråga om innehållet motsvarar strategierna i stor utsträckning målen för WHO:s handlingsplan för psykisk hälsa i Europa.</p> <p>Viktigt i beredningsprocessen har varit nära samarbete med olika intressentgrupper. Vid beredningen av strategierna har det bl.a. ordnats diskussionsmöten, fokusgrupper och gjorts webbenkäter. Personer med psykiatriska störningar och deras familjer har haft en central roll.</p> <p>I strategierna betonas betydelsen av samarbete i anknytning till genomförandet. Det är viktigt att följa hur målen uppnås och framstegen. Det behövs informationsunderlag för detta och i flera strategier har man fastställt indikatorer med vilka framstegen bedöms.</p> <p>Det centrala syftet med strategierna är att visa riktningen för förändringen och bygga upp grunden för en långsiktigare reform inom området för psykisk hälsa.</p>			
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health		26th of Feb 2019
Authors	Leena Kurki-Kangas		
Title of publication	Review of the national mental health strategies of principal reference countries		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2019:17		
ISBN PDF	978-952-00-4047-5	ISSN PDF	2242-0037
Website address URN	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4047-5		
Pages	104	Language	Finnish
Keywords	mental health, strategies, service systems		
Abstract <p>The report reviews the principal content of the reference countries' mental health strategies, their preparation process and aspects related to their execution and assessment. The reference countries are Scotland, Sweden, Canada, Australia, the United Kingdom and Norway. Essential criteria for the selection of the reference countries were that the societies and service systems were sufficiently comparable and that the mental health strategy was up-to-date.</p> <p>The priorities of the reference countries' mental health strategies were divided between six themes: the promotion of health and prevention of diseases; services and treatment; the somatic health, wellbeing and inclusion of people with psychiatric disorders; indigenous peoples and vulnerable groups; organisations, management and leadership; and knowledge and measurement. Depending on the strategy, the priorities include targets and action recommendations of varying levels. As far as content is concerned, the strategies are highly consistent with the targets of the WHO's European Mental Health Action Plan.</p> <p>In the preparation process, a principal feature was close collaboration with different stakeholders. When the strategies were prepared, consultations and other events were arranged, focus groups were set up and online surveys were conducted. People with psychiatric disorders and their family members played a key role in the process.</p> <p>The significance of collaboration is emphasised in connection with implementation. It is essential that the targets are reached and the progress is monitored. A knowledge base is needed for this, and in many strategies, indicators have been defined for assessing the progress made.</p> <p>The principal purpose of the strategies is to lead the way for change and to build a foundation for more long-term reform in the mental health sector.</p>			
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Publication sales/ Distributed by	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Sisältö

1	Johdanto	8
2	Strategioiden keskeinen sisältö	10
2.1	Skotlanti	10
2.2	Ruotsi	13
2.3	Kanada.....	16
2.4	Australia	20
2.5	Englanti	25
2.6	Norja.....	26
3	Yhteenveto painopistealueista, tavoitteista ja toteuttamissuosituksista	29
3.1	Painopistealueiden teemat.....	29
3.2	Tavoitteet ja toimenpiteet	31
3.3	Painopistealueet suhteessa WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmaan ja Mieli 2009 -suunnitelmaan.....	33
4	Lapset ja nuoret	37
5	Valmisteluprosessi	42
6	Toimeenpano ja arviointi	45
6.1	Toimeenpano ja arviointi maittain.....	45
6.2	Indikaattorit tavoitteiden saavuttamisen seuraamiseksi	47
6.3	Toimeenpanon taloudelliset resurssit.....	48
7	Lopuksi	52

Liitteet..... 53

Lähteet..... 100

1 Johdanto

Raportin laatimisen tarkoituksena on ollut käydä läpi sovitut keskeisten verrokkimaiden kansalliset mielenterveysstrategiat, kerätä ja ryhmitellä niiden keskeiset sisällöt sekä kuvata tiivistetysti strategioiden valmisteluprosessit. Sisällön osalta on pyritty tekemään havaintoja konkretian asteesta ja pitkien aikajänteiden huomioon ottamisesta tavoitteiden asettelussa ja toimenpiteiden suunnittelussa. Verrokkimaiksi valikoituivat Skotlanti, Ruotsi, Kanada, Australia, Englanti ja Norja.

Raportissa käsitellään eri maiden mielenterveysstrategioiden keskeisiä sisältöjä kuvaamalla maittain strategioiden painopistealueet ja niiden sisältämät tavoitteet. Tarkemmat toimenpide-ehdotukset on sisällytetty alkuperäiskielellä raportin liitteeksi. Yksittäisten maittain strategioiden sisältöjen kuvaamisen lisäksi on pyritty kokoamaan yhteen keskeiset sisällöt teemoittamalla strategioissa esiintyvät painopistealueet. Myös painopistealueiden sisältämien tavoitteiden ja toimenpidesuosituksen keskeisiä aihepiirejä on koottu yhteen. Näitä teemoiteltuja ja ryhmiteltyjä sisältöjä on tarkasteltu myös suhteessa WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman tavoitteisiin sekä Mieli 2009 -suunnitelman painopistealueisiin. Erillisenä kokonaisuutenaan on tarkasteltu lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyviä sisältöjä.

Keskeisten sisältöjen kuvaamisen lisäksi raportissa on kuvattu strategioiden valmisteluprosesseja sekä toimeenpanoon ja arviointiin liittyviä kannanottoja. Osassa strategioita kuvatut arviointia varten nimetyt indikaattorit on sisällytetty alkuperäiskielellä raportin liitteeksi.

Raportissa on pyritty yhtenäistämään mielenterveyteen liittyvää terminologiaa. Tekstissä on pyritty tietoisesti kiinnittämään huomiota siihen, millaisia käsitteitä eri yhteyksissä käytetään. Mielenterveysongelmien sijaan on asiayhteydessä riippuen puhuttu heikentyneestä mielenterveydestä täsmentämällä tarpeen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai pitkäaikaisesta heikkenemisestä. Hoidon yhteydessä on käytetty ilmaisua ”psykiatristen häiriöiden hoito” tai ”psykiatristen oireiden ja häiriöiden hoito”. Sosiaalipalveluiden kontekstissa termeinä on mielenterveyden edistäminen ja tukeminen sekä

ja palvelujen tarjoaminen henkilöille, joilla on heikentynyt mielenterveys. Promootion yhteydessä puhutaan hyvästä mielenterveydestä.

2 Strategioiden keskeinen sisältö

2.1 Skotlanti

Mental Health Strategy 2017-2027

Kymmenvuotinen, kaikkiin ikäryhmiin kohdistuvat Skotlannin mielenterveysstrategia julkaistiin vuonna 2017. Strategiavalmistelua ohjaavana päämääränä oli, että psykiatrisia häiriöitä tulee ehkäistä ja hoitaa samalla sitoumuksella ja motivaatiolla kuin somaattisia sairauksia. Tämän toteutumiseksi tulee kehittää ennaltaehkäisyä ja varhaisia interventioita, hoitoon pääsyä ja helposti saavutettavia ja yhteen sovitettuja palveluja, parantaa psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysistä hyvinvointia sekä oikeuksia, tiedon hyödyntämistä ja suunnittelua. Tavoitteena on, että tarvitsee pyytää vain kerran saadakseen apua nopeasti.

Strategiassa keskeistä on tasavertaisuus fyysisen ja psyykkisen terveyden välillä. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi strategiassa on määriteltä kuusi ulottuvuutta: tasa-arvoinen pääsy tehokkaaseen ja turvalliseen hoitoon, yhtäläinen panostus hoidon laadun parantamiseksi, ajan, panostuksen ja resurssien allokoiminen suhteessa tarpeisiin, tasavertainen asema terveydenhuollon koulutuksessa ja toiminnassa, yhtä korkeat tavoitteet palvelujen käyttäjien osallistamiselle sekä tasa-arvo terveysvaikutusten mittaamisessa.

Strategiassa todetaan, että väestön mielenterveyden edistämiseksi on terveyspalvelujen ohella työskenneltävä laajemmin koko yhteiskunnan tasolla. Esimerkiksi köyhyys, koulutus, oikeusjärjestelmä, sosiaaliturva ja työllisyys ovat keskeisiä ilmiöitä/järjestelmiä mielenterveyden edistämisen alueella. Kyse on siitä, mitä mielenterveydestä ajatellaan laajemmin koko yhteiskunnassa.

Strategialla pyritään selkeyttämään tavoitteita seuraavan 10 vuoden ajalle, fokusimaan kansalliset toimet paikallisten toimijoiden tukemiseksi, poistamaan muutosten esteet ja varmistamaan, että muutokset tapahtuvat. Strategian tavoitteiden toteuttamisen todetaan vaativan työtä niin paikallisella kuin kansallisellakin tasolla, ja kymmenvuotisen strategiakauden aikana kehitetään lisätoimia vision ja tavoitteiden saavuttamiseksi sekä vastataan ajassa tapahtuviin muutoksiin.

Skotlannissa on erillinen vuonna 2018 julkaistu itsemurhien ehkäisyn toimintasuunnitelma (Suicide prevention action plan: every life matters) sekä vuoden 2018 lopulla

julkaistu luonnos erillisestä päihdestrategiasta (All Together Now. Our Strategy to Address The Harms of Alcohol and Drugs in Scotland (Draft)).

Painopistealueet ja toteuttamissuositukset:

Mielenterveysstrategia jakautuu viiteen painopistealueeseen:

- Ennaltaehkäisy ja varhaiset interventiot
- Hoitoon pääsy ja helposti saavutettavat ja yhteen sovitettut palvelut
- Psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysinen hyvinvointi
- Oikeudet, tiedon hyödyntäminen ja suunnittelu sekä
- Tieto ja mittaaminen.

Jokaiselle painopistealueelle on kuvattu tavoitteet (3-6kpl/painopistealue) ja näiden tavoitteiden saavuttamiseksi on nimetty toimenpiteet (yhteensä 40 kpl). Tavoitteet ja toimenpiteet on kuvattu edelleen keskeisten teemojen mukaan. Tavoitteet ja toimenpide-ehdotukset löytyvä alkuperäiskielellä liitteestä 1.

Ennaltaehkäisy ja varhaiset interventiot

Tavoitteet:

- Jokaisella lapsella ja nuorella on koulussa saatavilla asianmukaista mielen hyvinvoinnin tukea.
- Näyttöön perustuvia vanhemmuusohjelmia on saatavilla läpi maan.
- Näyttöön perustuvia lasten ja nuorten käyttäytymisen ja tunteiden säätelyyn kohdentuvia interventioita on saatavilla läpi maan.
- Tukea ja hoitoa on tarjota rikoksiin syyllistyneille nuorille, joilla on heikentynyt mielenterveys.
- Mielenterveystutusta järjestetään myös sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle, joka ei suoraan toimi mielenterveyspalveluissa.
- Mielenterveyden ensiavun koulutuksista tulisi tulla yhtä yleisiä kuin fyysiseen terveyteen liittyvistä ensiavun koulutuksista.

Painopistealuetta ja siihen kohdistettuja tavoitteita ja toimenpiteitä kuvattaessa on nostettu erillisinä teemoina esiin mm. epäsuotuisat lapsuuden kokemukset (mukaan lukien seksuaalinen hyväksikäyttö), toimintarajoitteiset lapset sekä huostaanotetut lapset. Erilisinä osa-alueinaan on myös käsitelty ymmärrystä lasten ja nuorten mielen-terveyspalveluista, ensiapua ja kriisipalveluja sekä harvaan asututtuja alueita. Myös stigmaa ja syrjintää on käsitelty ehkäisy- ja varhaisten interventioiden kontekstissa.

Hoitoon pääsy ja helposti saavutettavat ja yhteen sovitettut palvelut

Tavoitteet:

- Psykiatrisia häiriötä sairastavien pitäisi päästä vaikuttavimpaan ja turvalliseen hoitoon läpi maan, ja hoidon tulisi täyttää samat tavoitteet kuin somaattisten sairauksien kohdalla.
- Turvallinen ja vaikuttava hoito, joka noudattaa klinisiä ohjeita.
- Turvallinen ja vaikuttava hoito saatavilla oikea-aikaisesti.
- Palvelut, jotka edistävät ja tukevat toipumisorientaatioon perustuvaa lähestymistapaa.
- Perusterveydenhuollossa moniammatilliset tiimit varmistamaan, että jokaisella terveysasemalla on henkilökuntaa, joka osaa tukea ja hoitaa psykiatrisia häiriötä sairastava potilaita.
- Ensiavuiissa ja muissa päivystysaikaan toimivissa kriisipalveluissa on käytössään mielenterveyden tukemiseen ja psykiatrinen häiriöiden hoitoon liittyvää osaamista.

Palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen tähtäävässä painopistealueessa on tavoitteiden ja toimenpiteiden kuvaamisen yhteydessä nostettu erillisinä teemoina esiin mm. perinataalinen mielenterveys, syömishäiriöt, perusterveydenhuolto, psykoterapiat sekä informaatioteknologian merkitys. Erillisinä otsikoinaan mainitaan myös mm. varhaiset interventiot, veteraanit, itsemurhat ja itsetuhoisuus sekä dementia.

Psykiatrisia häiriötä sairastavien fyysinen hyvinvointi

Tavoitteet:

- Vakavia ja pitkäkestoisia psykiatrisia häiriötä sairastavien ennen aikainen kuolleisuus saadaan vähenemään.
- Psykiatrisia häiriötä sairastavien tupakoinnin yleisyys laskee samalle tasolle muun väestön tupakoinnin yleisyyden kanssa.
- Syöpäseulontojen peittävyys nousee vakavia ja pitkäkestoisia psykiatrisia häiriötä sairastavien keskuudessa samalle tasolle kuin muun väestön seulontapeittävyys.
- Psykelaakkien sivuvaikutuksia seurataan asianmukaisesti, ja mahdollisuuksien mukaan niitä vähennetään.

Painopistealuetta ja siihen kohdistettuja tavoitteita ja toimenpiteitä kuvattaessa on nostettu esiin keskeisinä teemoina mm. perusterveydenhuolto, alkoholin ja päihteiden väärinkäyttö sekä tupakointi. Erillisinä teemoina kuvataan myös mm. fyysistä aktiivisuutta sekä hyvää kuolemaa.

Oikeudet, tiedon hyödyntäminen ja suunnittelu

Tavoitteet:

- Ihmisoikeuksiin perustuva lähestymistapa on olennainen osa mielenterveyden parantamiseen tähtääviä toimia.
- Mielenterveyteen liittyvä lainsäädäntö on tarkoitukseen sopiva.
- Henkilöitä, joiden mielenterveys on heikentynyt, tuetaan takaisin työhön.
- Henkilöitä, joiden mielenterveys on heikentynyt, tuetaan pysymään töissä kuten somaattisen terveysongelmien kohdalla.

Painopistealueeseen ja siihen kohdistettuihin tavoitteisiin ja toimenpiteisiin liittyvinä aihepiireinä on strategiassa eritelty mm. mielenterveyspalveluissa työskentelevät, oman mielenterveyden hallinnan tukeminen sekä itseohjautuvuuden tuki.

Tieto ja mittaaminen

Painopistealueessa todetaan, että kehitteillä on datakehys, jonka tavoitteena on kerätä tietoa palveluja suunnittelevien, klinikoiden, sekä ohjelmia suunnittelevien hyödynnettäväksi. Lisäksi painopistealueeseen liittyy kymmenvuotisen strategian toteutuksen seurantaan liittyviä suosituksia.

2.2 Ruotsi

Regeringens strategi inom området psykisk ohälsa 2016–2020

Ruotsin hallitus esitteli vuonna 2016 kansallisen mielenterveysstrategian vuosille 2016–2020. Strategian tarkoituksena on luoda olosuhteet pitkäaikaiselle ja strategiselle työlle. Tavoitteena on edistää mielenterveyttä, ehkäistä mielenterveyden ongelmia, vahvistaa varhaista tunnistamista ja interventioita sekä parantaa hoitoa. Strategia

perustuu viiteen painopistealueeseen, jotka muodostavat pohjan hallitustyölle seuraavan viiden vuoden aikana.

Ruotsissa on vuonna 2016 julkaistu erillinen itsemurhien ehkäisyn toimintaohjelma (National action programme for suicide prevention) sekä päihdestrategia (En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020).

Painopistealueet ja toteuttamissuositukset:

Mielenterveysstrategia perustuu viiteen painopistealueeseen, jotka on tunnistettu keskeisimmiksi teemoiksi mielenterveyden vahvistamiseksi ja ongelmien ehkäisemiseksi. Viisi painopistealuetta ovat:

- Mielenterveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy
- Helposti saavutettavat palvelut / varhaiset interventiot
- Haavoittuviin ryhmiin fokusoiminen
- Osallisuus ja oikeudet sekä
- Organisaatiot ja johtajuus.

Muutosedellytyksinä strategian toteutumiselle kuvataan kuusi tukistrategiaa: koko yhteiskunnan vastuu, ihmiskeskeisyys, oikean tiedon oikeanlainen hyödyntäminen, vaikuttavuustiedon vahvistaminen, kustannustehokkuus ja yhteistyö.

Mielenterveysstrategia rakentuu kolmesta osasta: mielenterveyden tilannetta kuvaavasta katsauksesta, viiden painopistealueen esittelystä sekä muutosedellytysten kuvaamisesta. Painopistealueet kattavat kaikki ikäluokat; lapset, nuoret, aikuiset ja vanhuksset.

Mielenterveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy

Mielenterveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn tähtäävää toimintaa on tehtävä laaja-alaisesti, yhtäaikaaisesti ja koordinoitusti eri sektoreilla. Päättöksentekijöiden on tärkeää olla tietosia parantuneen mielenterveyden vaikutuksista yhteiskunnalle ja yksilölle. Keskeistä on lisätä mielenterveyden tuntemusta ja torjua psykiatristen sairauksien stigmatisointia. Jokainen tarvitsee tietoa mielenterveyden vahvistamisesta. On myös oltava tietoa siitä, mistä apua saa, kun sitä tarvitaan.

Helposti saatavilla olevat palvelut / varhaiset interventiot

Ikään, sukupuoleen, sairauden laatuun ja asteeseen katsomatta on voitava luottaa siihen, että tarvittaessa on saatavilla oikeaa hoitoa oikea-aikaisesti. Tärkeää on, että

mielenterveyden ongelmiin apua tarvitseva tietää, mihin hakeutua. Perusterveydenhuolto on luonnollinen väylä myös psykiatristen häiriöiden hoidolle, eikä suora hakeutuminen erikoissairaanhoidon ole perusteltua.

Haavoittuviin ryhmiin fokusoiminen

Kaikilla psykiatrisia häiriöitä sairastavilla tulee olla yhdenvertainen mahdollisuus tasa-vertaiseen, helposti saatavilla olevaan, hyvään, turvalliseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon perustuvaan hoitoon. On oltava tietoisia siitä, että eri ryhmillä ja yksilöillä on erilaiset tarpeet. Ei ole olemassa mallia, joka sopii kaikille. Tärkeää on tunnistaa ryhmät, jotka ovat haavoittuvimpia. Painopistealueessa nimetään muun muassa seksuaalivähemmistöt, kriminaalihuolto, turvapaikanhakijat sekä muut vähemmistöryhmät (suomalaisyntyiset, saamelaiset, romanit).

Osallisuus ja oikeudet

Yksilöllä tulee olla mahdollisuus aktiivisesti osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. On myös tärkeää, että ihmiset, joilla on henkilökohtaista kokemusta heikentyneestä mielenterveydestä, ovat mukana palveluiden ja ohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa.

Organisaatiot ja johtajuus

Mielenterveys ja psykiatriset sairaudet vaikuttavat suureen osaan yhteiskunnasta ja sen toiminnoista. Toimijat neuvoloista kouluihin, työpaikkoihin ja vanhainkoteihin vaikuttavat yhdessä positiivisen mielenterveyden vahvistamiseen. Johtavissa asemissa olevilla on tärkeä tehtävä hyvän mielenterveyden edellytysten luomisessa.

Kaikki pyrkimykset ehkäistä, edistää, korjata ja tukea on toteutettava yksilöiden ja ryhmien tarpeisiin perustuen. Eri osaamisalueiden välisen yhteistyön ja toiminnan koordinaatio on tarpeen erityisesti monialaisiin tarpeisiin vastaamiseksi. Eri alojen osaamista on oltava saatavilla, kun sitä tarvitaan. Johtajilla ja heidän toiminnallaan on suuri merkitys yhteistyön edistämisessä.

2.3 Kanada

Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada

Vuonna 2012 “the Mental Health Commission of Canada (MHCC)” julkaisi Kanadan ensimmäisen mielenterveysstrategian, jonka tavoitteena on parantaa kanadalaisten mielenterveyttä. Strategiassa tunnustetaan, että tätä ei ole mahdollista tehdä vain terveydenhuollon puitteissa, vaan keskeistä on mielenterveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy väestötasolla. Tärkeä rooli on myös mm. koulutus- ja oikeusturvajärjestelmillä sekä sosiaalitoimella.

Kanadalla on erillinen vuonna 2016 julkaistu päihdestrategia (Canadian drugs and substances strategy) sekä ohjelma itsemurhien ehkäisemiseksi (The Federal Framework for Suicide Prevention).

Painopistealueet ja toteuttamissuositukset:

Strategia rakentuu kuudesta painopistealueesta:

- Mielenterveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy
- Psykiatrisia häiriöitä sairastavien toipumisen ja hyvinvoinnin vahvistaminen
- Oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin pääsy
- Epätasa-arvon vähentäminen ja erilaisten yhteisöjen tarpeenmukaisten palvelujen vahvistaminen
- Alkuperäiskansojen mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin, oikeuksiin ja kulttuuriin tekijöihin vastaaminen yhteistyössä sekä
- Johtajuuden mobilisointi, tiedon parantaminen ja yhteistyön edistäminen kaikilla tasoilla.

Painopistealueet sisältävät tavoitteita (4-5 kpl/painopistealue) ja tavoitteiden toteuttamiseksi on nimetty toimenpidesuosituksia (yhteensä 109 kpl). Nämä tavoitteet ja toimenpidesuosituksukset on saatavilla alkuperäiskielellä liitteestä 1.

Mielenterveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy

Tavoite 1.1 Lisätä tietoisuutta mielenterveyden edistämisestä, psykiatristen häiriöiden ja itsemurhien ehkäisystä sekä stigman vähentämisestä.

Tavoite 1.2 Lisätä perheiden, huoltajien, koulujen, toisen asteen oppilaitosten sekä järjestöjen kykyä edistää lasten ja nuorten mielenterveyttä, ehkäistä psykiatrisia häiriöitä ja itsemurhia, sekä tarjota tukea varhain.

Tavoite 1.3 Luoda mielenterveyttä tukevia työpaikkoja.

Tavoite 1.4 Lisätä vanhuksien, perheiden, hoitoa järjestävien tahojen sekä yhteisöjen kykyä edistää mielenterveyttä myöhemmällä iällä, ehkäistä psykiatrisia häiriöitä ja itsemurhia, sekä tarjota tukea varhain.

Psykiatrisia häiriöitä sairastavien toipumisen ja hyvinvoinnin vahvistaminen

Tavoite 2.1 Muuttaa käytäntöjä kohti psykiatrisia häiriöitä sairastavien sekä heidän perheidensä toipumisen ja hyvinvoinnin vahvistamista.

Tavoite 2.2 Osallistaa aktiivisesti psykiatrisia häiriöitä sairastavia ja heidän perheitään palvelujärjestelmää koskevaan päätöksentekoon.

Tavoite 2.3 Tukea psykiatrisia häiriöitä sairastavien oikeuksia.

Tavoite 2.4 Vähentää psykiatrisia häiriöitä sairastavien ylliedustusta rikosoikeusjärjestelmässä, sekä tarjota sopivia palveluja, hoitoa ja tukea järjestelmän piirissä oleville.

Oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin pääsy

Tavoite 3.1 Laajentaa perusterveydenhuollon roolia mielenterveyteen liittyvien tarpeiden kohtaamisessa.

Tavoite 3.2 Lisätä kaikenikäisten mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja koordinaatiota.

Tavoite 3.3 Tarjota parempi pääsy intensiivisiin, akuutteihin ja erikoistuneisiin palveluihin niitä tarvitseville vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastaville.

Tavoite 3.4 Tunnistaa vertaistuki oleelliseksi osaksi mielenterveyspalveluja.

Tavoite 3.5 Helpottaa henkilöiden, joilla on heikentynyt mielenterveys, pääsyä tukiasumisen, sekä taloudellisen-, työllistymis- ja koulutustuen piiriin, sekä tukea vahvemmin heidän perheitään.

Epätasa-arvon vähentäminen ja erilaisten yhteisöjen tarpeenmukaisten palvelujen vahvistaminen

Tavoite 4.1 Asettaa mielenterveyden parantuminen tavoitteeksi kohennettaessa yleisiä elinoloja ja terveyttä.

Tavoite 4.2 Kehittää maahanmuuttajien, pakolaisten, etnokulttuuristen sekä vähemmistöryhmien mielenterveyspalveluja ja -tukea.

Tavoite 4.3 Vastata pohjoisten ja syrjäisten yhteisöjen mielenterveyden haasteisiin.

Tavoite 4.4 Vahvistaa virallisten vähemmistökieliryhmien mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin vastaamista.

Tavoite 4.5 Huomioida sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen mielenterveyden erityistarpeet.

Alkuperäiskansojen mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin, oikeuksiin ja kulttuuriin tekijöihin vastaaminen yhteistyössä

Ensimmäiset kansakunnat: Tavoite 5.1 Perustetaan koordinoitu mielenterveys- ja päihdepalvelujen jatkumo, joka sisältää traditionaaliset, kulttuuriset ja valtavirtaiset lähestymistavat.

Inuiitit: Tavoite 5.2 Perustetaan koordinoitu mielenterveys- ja päihdepalvelujen jatkumo, joka sisältää traditionaaliset, kulttuuriset ja valtavirtaiset lähestymistavat.

Metissit: Tavoite 5.3 Tuetaan metissien kapasiteettia parantaa mielenterveyttään ja pääsyä mielenterveys- ja päihdepalveluihin tarkoituksenmukaisen, osallistavan ja oikeudenmukaisen sitoutumisprosessien sekä tutkimuksen avulla.

Tavoite 5.4 Vahvistaa vastakaikua ensimmäisten kansakuntien, inuiittien ja metissien mielenterveyteen liittyviin kysymyksiin, sekä monimuotoisiin sosiaalisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat mielenterveyteen.

Johtajuuden mobilisointi, tiedon parantaminen ja yhteistyön edistäminen kaikilla tasoilla

Tavoite 6.1 Mielenterveyteen liittyvien ohjelmien ja käytäntöjen koordinoitu käsittely yli hallinnon alojen ja eri sektoreiden.

Tavoite 6.2 Parantaa mielenterveyteen liittyvän tiedon keruuta, tutkimusta ja tiedon vaihtoa läpi maan.

Tavoite 6.3 Vahvistaa mielenterveyshenkilöstöä.

Tavoite 6.4 Laajentaa kokemusasiantuntijoiden ja heidän perheidensä johtajuusroolia mielenterveyteen liittyvässä päätöksenteossa.

2.4 Australia

The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan / National mental health strategy 2017-2022

"The Council of Australian Governments Health Council (COAG Health Council)" hyväksyi vuonna 2017 Australian viidennen mielenterveys- ja itsemurhien ehkäisy suunnitelman sekä sen toimeenpanosuunnitelman. Suunnitelma on viides vuonna 1992 julkaistun kansallisen mielenterveysstrategian jälkeen. Australian mielenterveysstrategia koostuu kolmesta kokonaisuudesta (kuva 1), joista keskeisenä mielenterveyssuunnitelma.



Kuva 1. Australian mielenterveysstrategia ja sen kolme osa-aluetta (The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan)

Viides suunnitelma sitouttaa ensimmäistä kertaa kaikki viranomaiset työskentelemään yhteistyössä integraation saavuttamiseksi palvelujen suunnittelussa ja tuottamisessa. Suunnitelma korostaa myös asiakkaiden keskeistä asemaa palveluiden suunnittelussa, tuottamisessa ja arvioinnissa.

Australialla on erillinen päihdestrategia (National Drug Strategy 2017–2026).

Painopistealueet ja toteuttamissuositukset:

Suunnitelman rakentuu kahdeksasta painopistealueesta, jotka ovat

- Integroitu alueellinen palvelujen suunnittelu ja tuotanto
- Vaikuttava itsemurhien ehkäisy
- Koordinoitu hoito ja tuki vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastaville
- Aboriginaalien ja Torresinsalmen saarten asukkaiden mielenterveyden edistämisen ja itsemurhien ehkäisyn tehostaminen
- Psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysisen terveyden parantaminen ja ennen aikaisen kuolleisuuden vähentäminen
- Stigman ja syrjinnän vähentäminen
- Turvallisuuden ja laadun asettaminen keskeiseen asemaan mielenterveyspalveluiden tuottamisessa
- Järjestelmän tehokkaan suorituskäytön ja kehittämisen varmistaminen

Painopisteiden toteuttamiseksi on määritelty toimenpiteet, jotka jakautuvat edelleen yksityiskohtaisemmiksi toimenpide-ehdotuksiksi. Toimenpiteet on listattu yksityiskohdaisemmin toimenpide-ehdotuksineen alkuperäiskielellä liitteessä 1.

Integroitu alueellinen palvelujen suunnittelu ja tuotanto

Integroidun suunnittelun ja palveluntuotannon alueellinen tukeminen.

Yhteistyö perusterveydenhuollon verkoston (Primary Health Networks, PHN) ja sairaalaverkoston (Local Hospital Networks, LHN) kanssa integroidun suunnittelun ja palveluntuotannon alueelliseksi toimeenpanemiseksi.

Itsemurhien ehkäisy

Perustetaan uusi itsemurhien ehkäisyn alakomitea määrittämään linjauksia suunnittelulle ja investoinneille.

Kehitetään kansallinen itsemurhien ehkäisyn toimeenpanosuunnitelma.

Tuetaan perusterveydenhuollon verkostoja (PHN) ja sairaalaverkostoja (LHN) kehittämään integroitua, koko yhteisön huomioivaa itsemurhien ehkäisyä.

Koordinoitu hoito ja tuki vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastaville

Priorisoidaan vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastavien koordinoitu hoito ja tuki.

Perusterveydenhuollon verkostoa (PHN) ja sairaalaverkostoa (LHN) edellytetään priorisoimaan vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastavien koordinoitu hoito ja tuki.

Perustetaan mielenterveyden alan asiantuntijoiden ryhmä ohjaamaan ja seuraamaan suunnitelman toimeenpanoa ja arvioimaan toimeenpanon edistymistä.

Kehitetään, pannaan täytäntöön ja valvotaan kansallisia ohjeita vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastavien hoidon ja tuen parantamiseksi.

Aboriginaalien ja Torresinsalmen saarten asukkaiden mielenterveyden edistämisen ja itsemurhien ehkäisyn parantaminen

Yhteistyö perusterveydenhuollon verkoston (PHN) ja sairaalaverkoston (LHN) kanssa integroidun suunnittelun ja palveluntuotannon alueelliseksi toimeenpanemiseksi Aboriginaaleille ja Torresinsalmen saarten asukkaille.

Perustetaan Aboriginaalien ja Torresinsalmen saarten asukkaiden mielenterveys- ja itsemurhien ehkäisyn alakomitea määrittämään linjauksia suunnittelulle ja investoinneille.

Parannetaan Aboriginaalien ja Torresinsalmen saarten asukkaiden hoitoon pääsyä ja kokemuksia mielenterveyspalveluista.

Vahvistetaan näyttöön perustuvaa tietoa, jota tarvitaan Aboriginaalien ja Torresinsalmen saarten asukkaiden mielenterveyspalvelujen parantamiseksi.

Psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysisen terveyden parantaminen ja ennenaikaisen kuolleisuuden vähentäminen

Hallitukset sitoutuvat periaatteisiin, jotka on määritelty julistuksessa “Equally Well—The National Consensus Statement” psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi.

Kehitetään tai päivitetään ohjeet ja muut resurssit ammattilaisten käyttöön psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi. Ohjeiden toimeenpanoa seurataan ja raportoidaan.

Työskennellään yhteistyössä perusterveydenhuollon verkoston (PHN) ja sairaalaverkoston (LHN) kanssa hoitoprosessien ja kliinisten ohjeiden kehittämiseksi psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysisten sairauksien hoidossa.

Aloitetaan psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysisen terveyden säännöllinen kansallinen raportointi.

Stigman ja syrjinnän vähentäminen

Ryhdytään toimiin, joilla pyritään vähentämään psykiatrisia häiriöitä sairastavien stigmaan ja syrjintää.

Vähennetään stigmaa ja syrjintää terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa.

Laaditaan ohjeet kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseksi (the Peer Workforce Development Guideline).

Turvallisuuden ja laadun asettaminen keskeiseen asemaan mielenterveyspalveluiden tuottamisessa

Kehitetään kansalliset turvallisuus- ja laatuohjeistukset (a National Mental Health Safety and Quality Framework) ohjaamaan psykiatrisia häiriöitä sairastavien terveys- ja tukipalvelujen tuotantoa.

Kehitetään mielenterveyden täydennys NSQHS-standardeihin (toinen painos), jotka yhdistävät NSQHS-standardit ja NSMHS-standardit

Toimeenpannaan asiakkaiden hoitokokemusten seuranta kaikilla mielenterveyspalveluja tuottavilla sektoreilla. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota ryhmiin, jotka perinteisesti ovat tämänkaltaisissa kyselyissä aliedustettuina.

Laaditaan päivitetty julkilausuma kansallisen mielenterveyteen liittyvän tiedon kehityksestä seuraavaksi kymmeneksi vuodeksi (National Mental Health Information Priorities).

Varmistetaan, että palveluntuottajat seuraavat palvelujensa turvallisuutta ja laatua ja raportoivat laatutietoja julkisesti.

Parannetaan mielenterveyslainsäädännön yhdenmukaisuutta eri lainkäyttöalueilla.

Varmistetaan WHO:n "QualityRights" ohjeiden ja koulutustyökalujen saavutettavuus kuluttajanoikeuksiin liittyvän tietoisuuden lisäämiseksi.

Varmistetaan, että järjestelmän tehokas suorituskky ja kehittäminen mahdollistuvat

Pyydetään kansallista mielenterveyskomiteaa työskentelemään yhteistyössä eri tahojen kanssa ja kehittämään tutkimusstrategiaa, jolla parannetaan hoitotuloksia koko mielenterveysalalla.

Laaditaan ohjeistus kokemusasiantuntijatoiminnan kehittämiseksi (Peer Workforce Development Guidelines).

Seurataan kansallisen kokemusasiantuntijatoiminnan kasvua kehittäen tiedonkeruuta ja raportointia.

Hyödynnetään NMHSPF:n tuotoksia sekä muita asiaankuuluvia tietoja kehitettäessä työvoiman kehittämisohjelmaa (Workforce Development Program), joka ohjaa strategioita työvoimatarpeiden ratkaisemiseksi sekä ammattitaitoisen henkilöstön säilyttämiseksi ja rekrytoinnin edistämiseksi.

Kehitetään kansallinen digitaalisen mielenterveyden kehys yhteistyössä kansallisen digitaalisen terveystietokeskuksen kanssa.

2.5 Englanti

The Five Year Forward View for Mental Health 2017–2020 /21

Englannissa hyväksyttiin vuonna 2017 suositukset, jotka määriteltiin vuoteen 2020/21 tähtäävässä, kaikkiin ikäluokkiin suunnatussa strategiassa "The Five Year Forward View for Mental Health". Tavoitteena on nopeat parannukset ja mahdollisuus tarjota vuoteen 2020/2021 mennessä korealaatuista hoitoa ja palveluja tämän hetkisen asiakasmäärän lisäksi miljoonalle henkilölle, jolla on heikentynyt mielenterveys.

Englannilla on erillinen itsemurhien ehkäisyn strategia, joka julkaistiin vuonna 2012 ja päivitettiin 2017 ([Preventing suicide in England: Third progress report of the cross-government outcomes strategy to save lives](#)) sekä päihdestrategia (2017 Drug Strategy) joka julkaistiin vuonna 2017.

Painopistealueet ja toteuttamissuositukset:

Strategiassa kuvataan laajasti englantilaisten tämän hetkistä mielenterveyttä, palveluja sekä palvelujen rahoitusta. Kolmeksi prioriteetiksi on strategiassa määritelty: 1. oikea hoito, oikeaan aikaan, laadukkaasti, seitsemänä päivänä viikossa, 2. psyykkisen ja fyysisen terveyden yhdistävä lähestymistapa, sekä 3. mielenterveyden edistäminen ja heikentyneen mielenterveyden ehkäiseminen – auttaa ihmisiä elämään parempaa elämää yhdenvertaisina.

Strategiassa on määritelty NHS:n laajuiset suositukset tasa-arvon saavuttamiseksi lasten, nuorten, aikuisten ja ikääntyneiden mielenterveyden ja fyysisen terveyden välillä. Osa-alueille on määritelty tarpeen mukaan tarkemmat toteuttamissuositukset. Eri-tyistä huomiota on kiinnitetty eriarvoisuuden vähentämiseen. Kahdeksan osa-aluetta ovat (osa-alueet toteuttamissuosituksineen alkuperäiskielellä liitteessä 1):

- Ennaltaehkäisy ja laadukas hoito
- Laadukas hoito seitsemänä päivänä viikossa
- Innovaatiot ja tutkimus muutoksen edistäjinä
- Työvoiman vahvistaminen
- Avoimuus ja tiedon vallankumous
- Kannustimet ja maksut
- Oikeudenmukainen sääntely ja tarkastus
- Johtajuus NHS:n sisällä, läpi hallinnon ja laajemmin yhteiskunnassa

2.6 Norja

Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)

Norjan mielenterveysstrategia vuosille 2017–2022 ”Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse / Coping with Life: The Government's Strategy for Good Mental Health” julkistettiin elokuussa 2017.

Norjalla ei ole ollut kattavaa mielenterveyssuunnitelmaa tai -strategiaa vuoden 2008 jälkeen.

Tämän vuoksi hallitus päätti laatia kokonaisvaltaisen mielenterveysstrategian, jossa erityisenä painopisteenä ovat lapset ja nuoret. Strategian todetaan pohjaavaan kansainvälisiin linjauksiin (Mental Health Action Plan 2013–2020 (WHO), European Mental Health Action Plan 2013–2020, European Action Plan for Strengthening Public

Health Capacities and Services, Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all ages).

Strategiassa todetaan, että tavoitteena on luoda yhteiskunta, joka edistää selviytymistä ja osallisuuden kokemusta. Tavoitteena on, että hyvä mielenterveys kuuluu yhä useammalle, ja että erot väestöryhmien välillä vähenevät.

Norjalla on erillinen päihdestrategia (Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)) sekä toimintakaudella 2014–2017 itsemurhien ehkäisy-suunnitelma (Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017).

Painopistealueet ja toteuttamissuosituksiset:

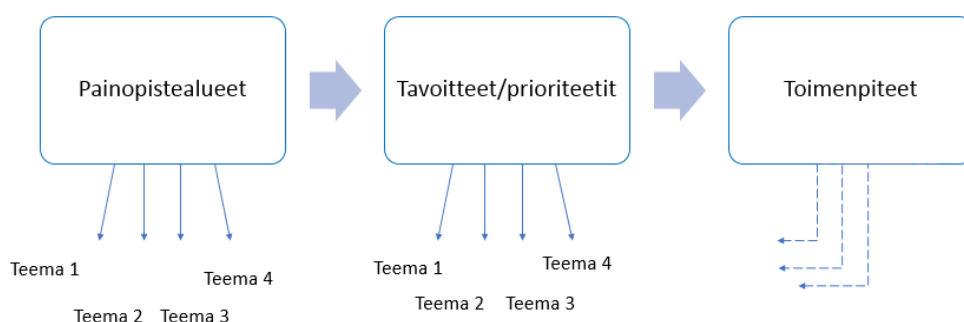
Strategian viisi päätavoitetta ovat (alkuperäiskielellä toimenpide-ehdotuksineen liitteessä 1):

1. Mielenterveys on yhdenvertainen osa väestön terveyttä
 - Fokusoidaan vahvemmin mielenterveyden edistämiseen
 - Painotetaan kaikkien alojen osuutta hyvän mielenterveyden edistämisessä
2. Yhteiskuntaan kuulumisen ja osallistuminen
 - Varmistetaan, että psykiatrisia häiriöitä sairastavat voivat osallistua työelämään
 - Taistellaan yksinäisyyttä ja syrjäytymistä vastaan
 - Taistellaan stigmaa ja ennakkoluuloja vastaan sekä väestötasolla että palveluissa
3. Terveys- ja hoivapalvelut
 - Varmistetaan näyttöön perustuvien hoitomenetelmien leviäminen
 - Toteutetaan ja arvioidaan yhdistettyjä hoitokokonaisuuksia mielenterveys- ja päihdehäiriöille
 - Varmistetaan, että palveluissa huomioidaan myös potilaan somaattinen terveys
 - Parannetaan systemaattisesti hoidon laatua ja johtajuutta
4. Tiedon, laadun, tutkimuksen ja innovaatioiden vahvistaminen kansanterveyden ja terveystalouden alalla
 - Varmistetaan, että mielenterveyden tutkimukseen käytetään optimaalisesti resursseja tavoitteena paras mahdollinen terveys koko väestölle
 - Varmistetaan paremmat rekisteritiedot mielenterveyden ja päihteiden käytön alueilla
5. Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen
 - Perusta lasten ja nuorten mielenterveysohjelmalle
 - Hyvä psykososiaalinen ympäristö päiväkodeissa ja kouluissa - elämänhallinnan edistäminen ja kiusaamisen ehkäiseminen

- Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen media
- Varhainen puuttuminen ja matalan kynnyksen palvelut
- Koordinoidut palvelut lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen
- Kehitetään ja hyödynnetään tutkimusta, tietoa ja asiantuntemusta, joka vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyttä ja elämänlaatua

3 Yhteenveto painopistealueista, tavoitteista ja toteuttamissuosituksista

Kappaleessa 2 esitellyjä vertailumaiden mielenterveysstrategioiden painopistealueita on tarkasteltu teemoittelemalla ne aineistolähtöisesti. Tämän jälkeen painopistealueiden alle kirjatut tavoitteet ja prioriteetit on koottu näiden teemojen alle edelleen ryhmitellen samansisältöisiä tavoitteita yhteen. Lopuksi on vielä käyty läpi yksityiskohtaisemmat toimenpide-ehdotukset ja lisätty tarpeen mukaan aihepiirejä pääteemojen alle, jotta kaikki strategioihin kirjatut aihealueet tulisi analyysissä huomioiduksi. (Kuva 2.) Vertailumaiden strategioiden painopistealueiden teemoja on tarkasteltu myös suhteessa WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman tavoitteisiin ja Mieli 2009 -suunnitelman painopistealueisiin.



Kuva 2. Analyysin eteneminen

3.1 Painopistealueiden teemat

Vertailumaiden mielenterveysstrategioiden painopistealueet jaottuivat kuuteen eri teemaan:

- Terveiden edistäminen ja sairauksien ehkäisy
- Palvelut ja hoito
- Psykiatrisia häiriöitä sairastavien somaattinen terveys, hyvinvointi ja osallisuus
- Alkuperäiskansat ja haavoittuvat ryhmät
- Organisaatiot, hallinto ja johtajuus
- Tieto ja mittaaminen

Näiden teemojen alle ryhmitelty painopistealueet on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Vertailumaiden mielenterveysstrategioiden painopistealueet teemoittain

Teema	Painopistealue
Terveiden edistäminen ja sairauksien ehkäisy	Mielenterveyden edistäminen & sairauksien ehkäisy
	Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen
	Itsemurhien ehkäisy
	Varhaiset interventiot
Palvelut ja hoito	Helppo ja tasavertainen vaikuttavaan hoitoon/palveluiden piiriin pääsy
	Oikea-aikaiset, helposti saavutettavat ja yhteen sovitettut palvelut
	Turvalliset ja laadukkaat palvelut ja hoito seitsemänä päivänä viikossa
	Koordinoitu hoito ja tuki vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastaville
Psykiatrisia häiriöitä sairastavien somaattinen terveys, hyvinvointi ja osallisuus	Psykiatrisia häiriöitä sairastavien fyysisen terveyden parantaminen, ennenaikaisen kuolleisuuden vähentäminen ja tarpeenmukaisten palvelujen vahvistaminen
	Psykiatrisia häiriöitä sairastavien toipumisen, hyvinvoinnin ja osallisuuden vahvistaminen
	Stigman ja syrjinnän vähentäminen
Alkuperäiskansat ja haavoittuvat ryhmät	Haavoittuviin ryhmiin fokuoiminen
	Alkuperäiskansojen mielenterveyden edistäminen, itsemurhien ehkäisy ja mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin vastaaminen kulttuurisensitiivisesti
	Vähemmistöryhmien oikeudet ja osallisuus
Organisaatiot, hallinto ja johtajuus	Yhteistyön edistäminen eri hallinnonalojen välillä
	Järjestelmän tehokkuus ja kehittäminen
	Työvoiman saatavuuden ja osaamisen turvaaminen
	Innovaatiot ja tutkimus muutoksen edistäjinä
Tieto ja mittaaminen	Tiedon saannin ja laadun parantaminen
	Tiedon hyödyntäminen
	Tiedon läpinäkyvyys

3.2 Tavoitteet ja toimenpiteet

Vertailumaiden strategiat poikkeavat sekä toisistaan että strategioiden sisällä painopistealueittain siinä, kuinka konkreettisia tavoitteita tai toimenpide-ehdotuksia tavoitteiden saavuttamiseksi asetetaan. Osa tavoitteista tähtää pidemmän aikavälin vaikuttavuuteen, kuten kuolleisuuden laskuun, osa puolestaan välillisiin tekijöihin, kuten vanhemmuuden tukemiseen. Strategioissa on tunnistettu korkea ja laaja tavoitteen asianta ja tarve edetä askel askeleelta kohti tavoitteita.

Toimenpide-ehdotusten konkretia ja määrä eroavat myös strategioiden välillä. Esimerkiksi Kanadan strategia sisältää yhteensä 109 toimenpide-ehdotusta, kun puolestaan Ruotsin strategiassa viiden painopistealueen sisään ei ole erikseen listattu toimenpiteitä, vaan painopistealueita kuvataan kokonaisuutena. Osassa strategioita (Kanada, Norja) on tavoitteiden ja toimenpiteiden kuvausten yhteydessä esimerkinomaisesti esitelty lyhyesti erilaisia projekteja, ohjelmia ja hyviä käytäntöjä kyseisen painopistealueen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Alle on koottu strategioissa esitettyjen tavoitteiden ja toimenpiteiden aihepiirejä ryhmiteltynä painopistealueiden teemojen mukaisesti (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vertailumaiden mielenterveysstrategioiden tavoitteiden ja toimenpiteiden aihepiirejä.

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy
Laaja-alainen, yhtäaikainen ja koordinoitu mielenterveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisy eri sektoreilla
Tietoisuuden lisääminen mielenterveyden edistämisen merkityksestä
Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen
Positiivisen mielenterveyden tukeminen kouluissa ja oppilaitoksissa
Vanhemmuuden tukeminen
Mielenterveyden tukeminen raskausaikana
Lasten ja nuorten terveen käyttäytymisen ja tunteiden säätelyn tukeminen
Rikoksiin syyllistyneiden nuorten tukeminen
Muualla kuin mielenterveyspalveluissa työskentelevän henkilöstön mielenterveysosaamisen vahvistaminen
Mielenterveyden ensiavun koulutusten lisääminen
Mielenterveyttä tukevien työpaikkojen luominen
Ikääntyneiden mielenterveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy
Itsemurhien ehkäisy
Riippuvuuksien ehkäisy

Palvelut ja hoito
Helppo ja tasavertainen vaikuttavaan hoitoon pääsy kautta maan
Oikea hoito oikea-aikaisesti
Tietoisuuden lisääminen tarjolla olevista palveluista ja miten niihin hakeudutaan
Tarpeenmukaisesti integroidut palvelut
Toipumisorientaatioon perustuvat palvelut
Perusterveydenhuollon roolin ja osaamisen vahvistaminen
Parempi pääsy intensiivisiin, akuutteihin ja erikoistuneisiin palveluihin niitä tarvitseville
Koordinoitu hoito ja tuki vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastaville
Mielenterveysosaamista ensiapuihin ja muihin päivystysaikaan toimiviin kriisipalveluihin
Hoito ja tuki henkilöille, joilla on samanaikainen mielenterveys- ja päihdediagnoosi
Turvallinen ja laadukas hoito, jota seurataan ja raportoidaan avoimesti
Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden tunnistaminen olennaiseksi osaksi mielenterveyspalveluja
Tarkoituksenmukaiset palvelut, hoito ja tuki rikosoikeusjärjestelmän piirissä oleville
Tarvittavaa tukea taloudellisen-, työllistymis- ja koulutustuen sekä tukiasumisen piiriin pääsemiseksi

Psykiatrisia häiriöitä sairastavien somaattinen terveys, hyvinvointi ja osallisuus
Psykiatrisia häiriöitä sairastavien ennenaikaisen kuolleisuuden väheneminen
Psykiatrisia häiriöitä sairastavien somaattisen terveyden asianmukainen hoito
Psykiatrisia häiriöitä sairastavien elintapojen ja terveystottumusten koheneminen (mm. tupakointi, päihteiden käyttö, seulontakattavuus)
Psykykelääkkeiden sivuvaikutusten asianmukainen seuranta
Töihin paluun ja työelämässä pysymisen tukeminen
Toipumisorientaatioon perustuvan lähestymistavan vahvistaminen
Kokemusasiantuntijatoiminnan lisääminen
Stigman ja syrjinnän vähentäminen
Osallisuuden lisääminen ja oikeuksien turvaaminen

Alkuperäiskansat ja haavoittuvat ryhmät
Helppo ja tasavertainen vaikuttavaan hoitoon pääsy kautta maan
Kaikilla tulee olla yhdenvertainen mahdollisuus tasavertaiseen, helposti saatavilla olevaan, hyvään, turvalliseen ja näyttöön perustuvaan hoitoon
Ymmärrys siitä, että eri ryhmillä ja yksilöillä on erilaiset tarpeet
Maahanmuuttajien, pakolaisten, sekä muiden vähemmistöryhmien mielenterveyspalvelujen kehittäminen ja mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin vastaaminen
Harvaan asutuilla alueilla asuvien mielenterveys ja -palvelut
Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien mielenterveyden erityistarpeiden huomioiminen

Alkuperäiskansojen mielenterveyden edistäminen, itsemurhien ehkäisy, mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin, oikeuksiin ja kulttuuriin tekijöihin vastaaminen
Organisaatiot, hallinto ja johtajuus
Yhteistyön edistäminen eri hallinnonalojen välillä
Tutkimus- ja innovaatiotoiminnan lisääminen ja kehittäminen
Työvoiman saatavuuden ja osaamisen turvaaminen
Digitalisaation vahvistaminen
Johtamisen ja johtajuuden merkityksen ymmärtäminen
Järjestelmän kehittäminen ja tehokkuuden lisääminen
Tieto ja mittaaminen
Jatkuva seuranta
Tiedon saannin ja laadun parantaminen
Tiedon hyödyntäminen
Tiedon läpinäkyvyys
Indikaattorien kehittäminen
Tiedon vaihto
Asiakaskokemuksen mittaaminen

3.3 Painopistealueet suhteessa WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmaan ja Mieli 2009 -suunnitelmaan

WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma

WHO:n vuonna 2013 julkaisema toimintasuunnitelma on Euroopan mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva sopimus, joka liittyy läheisesti myös muihin WHO:n ohjelmiin. Suunnitelma on laadittu jäsenmaita konsultoiden ja kehittäjä on ohjannut WHO:n Euroopan alue. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma noudattaa WHO:n maailmanlaajuisen toimintasuunnitelman agenda.

Ydintavoitteet:

- Jokaisella on yhtäläinen mahdollisuus saavuttaa psyykkinen hyvinvointi koko elinkaaren ajan; tämä koskee erityisesti heikoimmassa asemassa olevia ja riskiryhmiin kuuluvia
- Ihmiset, joilla on mielenterveysongelmia, ovat kansalaisia, joiden kaikkia ihmisoikeuksia kunnioitetaan, suojellaan ja edistetään
- Mielenterveyspalvelut ovat helppopääsyisiä, ammattitaitoisia ja kohtuuhintaisia sekä saatavilla yhteisön tarpeiden mukaan
- Kaikki ovat oikeutettuja kunnioittavaan, turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon

Läpileikkaavat tavoitteet:

- Terveysjärjestelmät tarjoavat hyvää fyysisen ja psyykkisen terveyden hoitoa kaikille
- Mielenterveysjärjestelmät toimivat hyvin koordinoitussa yhteistyössä muiden sektorien kanssa
- Mielenterveyspalveluiden hallinto ja toteuttaminen perustuvat hyvään tiedonvälitykseen ja tietopohjaan

Mieli 2009 -suunnitelma

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli-suunnitelma) 2009–2015 linjattiin mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015. Keskeisinä tavoitteina oli vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmia ja niihin liittyvää syrjäytymistä, taata palvelut, jotka perustuvat kansalaisten todellisiin tarpeisiin ja ovat vaivattomasti ja joustavasti saatavilla sekä perustaa toiminta hyviin ja vaikuttaviksi arvioituihin käytäntöihin.

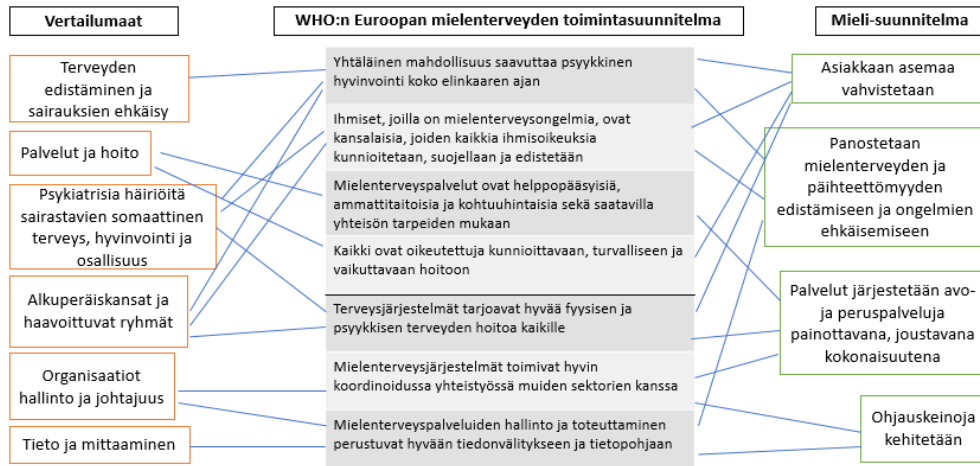
Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelu käynnistettiin vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriössä. Mieli-suunnitelman linjaukset ja tavoitteet on jäsennelty neljään painopistealueeseen, jotka sisältävät yhteensä 18 konkreettisempaa osatavoitetta (alla).

1. Asiakkaan aseman vahvistaminen
 - Ehdotus 1. Yhdenvertainen kohtelu ja palveluihin pääsy
 - Ehdotus 2. Yhden oven periaate
 - Ehdotus 3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat
 - Ehdotus 4. Tahdosta riippumaton hoito
 - Ehdotus 5. Toimeentuloturva
2. Edistävä ja ehkäisevä työ
 - Ehdotus 6. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopisteet

- Ehdotus 7. Mielenterveys- ja päihdetyön strategia
- 3. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen
 - Ehdotus 8. Palvelukokonaisuuden koordinointi
 - Ehdotus 9. Perus- ja avopalvelujen tehostaminen
 - Ehdotus 10. Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö
 - Ehdotus 11. Työterveyshuollon rooli työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmissa
 - Ehdotus 12. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työllistymisedellytykset
 - Ehdotus 13. Ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdepalvelut
- 4. Ohjauskeinojen kehittäminen
 - Ehdotus 14. Mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittäminen
 - Ehdotus 15. Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset
 - Ehdotus 16. Mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi
 - Ehdotus 17. Mielenterveys- ja päihdetyön resurssien vahvistaminen
 - Ehdotus 18. Mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain päivittäminen

Verrokkimaiden mielenterveysstrategioiden painopistealueet suhteessa WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmaan ja Mieli 2009 -suunnitelmaan

Vertailumaiden mielenterveysstrategioiden painopistealueet ovat pitkälti saman suuntaisia WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman tavoitteiden ja Mieli 2009 -suunnitelman painopistealueiden kanssa. Painopistealueiden teemojen suhteutumista WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman tavoitteisiin ja edelleen Mieli-suunnitelman painopistealueisiin on hahmoteltu kuvassa 3. Kuvassa vertailumaiden strategioiden painopistealueiden teemat esitetään otsikkotasolla, mutta tavoitteen asetannan voidaan todeta olevan samansuuntainen WHO:n toimintasuunnitelman ja Mieli-suunnitelman tavoitteiden kanssa.



Kuva 3. Vertailumaiden mielenterveysstrategioiden painopistealueiden teemat suhteessa WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman tavoitteisiin ja Mieli 2009 -suunnitelman painopistealueisiin.

4 Lapset ja nuoret

Painopistealueiden, tavoitteiden ja toimenpiteiden kohdentuminen lapsiin ja nuoriin vaihtelee eri maiden strategioiden välillä. Osassa strategioita on määritelty lapsiin ja nuoriin kohdistuvia erillisiä toimenpide-ehdotuksia, toisissa taas yleisemmällä tasolla kaikkiin ikäryhmiin kohdistuvia yhteisiä tavoitteita ja toimenpiteitä. Esimerkiksi Norjan strategiassa lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen on keskeisessä asemassa ja yksi viidestä painopistealueesta kohdistuu yksinomaan tähän. Tavoitteiden ja toimenpide-ehdotusten kohdistuminen lapsiin ja nuoriin vaihtelee muun muassa sen mukaan, onko maalla olemassa erillistä lasten ja nuorten terveyteen ja hyvinvointiin kohdistuvaa strategiaa, kuten esimerkiksi Australialla. Kanadan strategiasta on puolestaan tehty nuorten versio, joka vastaa sisällöltään alkuperäistä, mutta on tiivistetty ja laadittu nuorten näkökulmasta.

Vertailumaiden mielenterveysstrategioissa lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyvät tavoitteet ja toimenpiteet kohentuvat muun muassa seuraaviin osa-alueisiin:

- Vanhemmuuden tukeminen (universaalisti ja kohdennetusti)
- Elämänhallintataitojen edistäminen ja kiusaamisen ehkäiseminen varhaiskasvatuksessa ja kouluissa
- Huomion kiinnittäminen sosiaalisiin verkostoihin ja sosiaalisen median käyttöön
- Koulujen ja oppilaitosten henkilökunnan mielenterveysosaamisen lisääminen
- Suunnitelmallisempi tuki palveluista toiseen siirtyville ja palveluiden piiristä poistuville lapsille ja nuorille
- Nuorten rikoksentekijöiden mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin vastaaminen
- Yhteistyö ja monitoimijaisuus palveluissa
- Digitaaliset työkalut
- Vertaistuki

Skotlanti:

Skotlannin mielenterveysstrategia on suunnattu kaikkiin ikäryhmiin, mutta valmisteilla on kymmenen vuotinen lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin strategia, joka kohdentuu sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen.

Mielenterveysstrategiassa erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvia toimenpiteitä ovat muun muassa seuraavat:

- Kehitetään ehkäiseviä ja vähemmän intensiivisiä palveluja varhaisempien interventioiden edistämiseksi.
- Parannetaan nuorten koulutuksen parissa toimivien mielenterveysosaimista.
- Laaditaan näyttöön perustuvien interventioiden matriisi, jolla parannetaan lasten ja nuorten mielenterveyttä ja hyvinvointia.
- Kehitetään suunnitelmallisempaa tukea ja siirtymiä mielenterveyspalvelujen piiristä poistuvien lasten ja nuorten, sekä nuorten mielenterveyspalveluista aikuisten palveluihin siirtyvien nuorten kohdalla.
- Tuetaan nuorten rikoksentekijöiden mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin vastaamista.
- Kehitetään järjestelmiä ja monitoimijaisia malleja, jotka toimivat koordinoitusti lasten mielenterveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi.
- Tuetaan digitaalisen työkalun kehittämistä syömishäiriöitä sairastavien nuorten tukemiseksi.

Ruotsi:

Ruotsin strategia on kohdistettu kaikkiin ikäryhmiin ja jokainen painopistealue ottaa huomioon sekä lapset, nuoret, aikuiset että ikääntyneet. Lapsiin ja nuoriin kohdistuen todetaan, että terveydenhuollolla, oppilashuollolla, nuorisoklinikoilla ja hammashuollolla on tärkeä rooli riskitekijöiden ja terveysongelmien varhaisessa tunnistamisessa. Oikea-aikainen vanhemmuuden tuki on esimerkki vaikuttavasta toiminnasta, joka auttaa vahvistamaan lasten ja nuorten terveyttä sekä vanhemmuutta. Kohonneen riskin ympäristössä kasvavat lapset ja nuoret tarvitsevat erityistä huomiota, ja tukitoimenpiteitä olisi tarjottava koordinoitusti tarpeisiin perustuen. Strategiassa todetaan, että onnistunut koulunkäynti on yksi tärkeimmistä tekijöistä lapsen kehitykselle. Mahdollisuus parantaa lasten elinolosuhteita kasvaa, jos sosiaalipalvelujen, koulun ja terveys- ja sairaanhoitopalvelujen välinen yhteistyö toimii hyvin ja toiminnan lähtökohtana ovat lapsen tai nuoren tarpeet.

Kanada:

Kanadan mielenterveysstrategiasta on tehty versio, joka käsittelee painopisteitä ja tavoitteita nuorten näkökulmasta. Version on laatinut "the Mental Health Commission of Canada's Youth Council (YC)". Nuorten versiossa todetaan, että vaikka alkuperäisen strategian laatimisen yhteydessä kuultiin satoja nuoria ja heidän perheitään, strategian ohjelmallinen muoto tekee sen nuorten näkökulmasta vaikeasti lähestyttäväksi. Nuorten versio laadittiin, jotta tärkeä sisältö saataisiin resonoimaan laajemmassa yleisössä. Nuorten versiossa painopistealueet vastaavat alkuperäistä strategiaa, mutta ne on kuvattu tiiviimmin ja nuoria puhuttelevammin.

Alkuperäinen strategia on kohdistettu kaikkiin ikäryhmiin. Erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvia suosituksia ovat muun muassa seuraavat:

- Lisätään tukea vanhemmille ja huoltajille lapsuuden terveen sosiaalisen ja emotionaalisen kehityksen edistämiseksi.
- Lisätään kouluissa ja oppilaitoksissa toimia, jotka edistävät kaikkien koululaisten ja opiskelijoiden mielenterveyttä ja sisältävät kohdennettuja ennaltaehkäiseviä toimia niitä tarvitseville.
- Lisätään perhekeskeisiä ja yhteisöpohjaisia sairauksien ennaltaehkäisyn ohjelmia.
- Poistetaan psykiatrisia häiriöitä sairastavien täysipainoisen osallistumisen esteet työpaikoilta, kouluista ja oppilaitoksista sekä muista ympäristöistä.
- Poistetaan taloudelliset esteet, jotka hankaloittavat lasten ja nuorten ja heidän perheidensä mm. psykoterapian saantia.
- Poistetaan esteet onnistuneiden siirtymien väliltä lasten, nuorten, aikuisten ja iäkkäiden mielenterveyspalveluissa.
- Laajennetaan toimia, joilla tunnistetaan imeväisikäisten ja pikkulasten sosiaalisen ja emotionaalisen kehityksen viivästymiä sekä kartoitetaan näihin kohdennettuja palveluita ja tukea.
- Tarjotaan tarkoituksenmukaisia mielenterveyspalveluja, hoitoa ja tukea rikosoikeusjärjestelmän piirissä oleville ja varmistetaan, että jokaisella on kattava vapautumissuunnitelma yhteisöön vapautettaessa.
- Kiinnitetään huomiota kriittisiin aukkoihin vakavia ja monimuotoisia psykiatrisia häiriöitä sairastavien nuorten ja aikuisten rikoksentekijöiden hoidossa.

Australia:

Australian mielenterveysstrategiassa ei ole suoraan lapsiin ja nuoriin kohdennettuja toimenpiteitä, mutta vuonna 2015 julkaistu kymmenvuotinen ”Healthy, Safe and Thriving: National Strategic Framework for Child and Youth Health” strategia linjaa keskeiset prioriteetit lasten ja nuorten terveydelle ja hyvinvoinnille. Tämä lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin strateginen kehys pohjaa mm. mielenterveysstrategiaan ja tukee sen toimeenpanoa. Strategiassa tunnistetaan fyysisen terveyden, sosiaalisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin, ympäristön ja kokemusten yhteys. Visiona on, että lapset ja nuoret ovat terveitä, turvassa ja kukoistavat.

Englanti:

Englannissa julkaistiin vuonna 2015 ”Future in Mind” ohjelma, jonka tarkoituksena on ollut kehittää lasten ja nuorten laadukkaisiin mielenterveyspalveluihin pääsyä. ”Future in Mind” ohjelmassa ja sitä seuraavassa mielenterveysstrategiassa linjataan lasten ja nuorten mielenterveyteen liittyen, että paikallisia lasten ja nuorten mielenterveyden parantamiseksi laadittuja yhteistyösuunnitelmia päivitetään ja kehitetään. Kouluja, oppilaitoksia ja paikallisia NHS-palveluja tuetaan työskentelemään tiiviimmin yhteistyössä kohdennettujen lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tarjoamiseksi. Tavoitteena on, että mielenterveyden Ensiapu -koulutusta annetaan kaikissa toisen asteen oppilaitoksissa, ja tavoitteena on kouluttaa vähintään yksi opettaja jokaisessa toisen asteen oppilaitoksessa vuoteen 2019 mennessä. Kouluissa käytettäviä ennaltaehkäisyohjelmia arvioidaan ja käynnistetään pilottiohjelma vertaistuen viemiseksi koulutuksen ja yhteisöjen piiriin sekä verkkoon. Lisäksi otetaan käyttöön syömishäiriöitä sairastavien lasten ja nuorten uudet hoitopääsy- ja odotusajat.

Englannin mielenterveysstrategian toimeenpanosuunnitelmassa on omat kappaleensa lasten ja nuorten sekä perinataaliseen mielenterveyteen liittyvien tavoitteiden toimeenpanemiseksi. Toimeenpanosuunnitelmassa määritellään tarkemmin mm. työvoimaan, investointeihin ja säästöihin ja tietoon liittyviä edellytyksiä.

Vuonna 2017 julkaistussa ja aiempaan pohjaavassa lasten ja nuorten mielenterveyteen kantaa ottavassa vihreässä paperissa ”Transforming Children and Young People’s Mental Health Green Paper” painotetaan erityisesti mielenterveyden edistämistä ja varhaisia interventioita. Tavoitteena on, että tukea ja apua on saatavissa helposti, kaikille ja varhaisessa vaiheessa.

Norja:

Norjan mielenterveysstrategia kohdistuu kaikkiin ikäryhmiin. Lasten ja nuorten mielen-terveyden edistäminen on nostettu strategiassa omaksi painopistealueekseen.

Painopistealueen sisällä korostetaan mm. hyvää psykososiaalista ympäristöä päivä-koodeissa ja kouluissa sekä elämänhallinnan edistämistä ja kiusaamisen ehkäisemistä. Strategiassa nostetaan esiin sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen media mielentervey-teen kytköksissä olevina teemoina. Lisäksi painotetaan varhaisia interventiota ja ma-
talan kynnyksen palveluja ja sekä koordinoituja palveluja lapsille ja nuorille sekä hei-
dän perheilleen. Tavoitteena on kehittää ja hyödyntää tutkimusta, tietoa ja asiantunte-
musta, joka vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyttä ja elämänlaatua.

Norjassa on myös erillinen nuorten terveyden strategia #Ungdomshelse – regjerin-
gens strategi for ungdomshelse 2016-2021 / #Youth health – the Norwegian Govern-
ment's strategy for youth health 2016 – 2021. Strategian keskeisenä tavoitteena on
varmistaa, että kaikki sektorit työskentelevät yhteistyössä edistääkseen hyviä kasvu-
olosuhteita sekä vahvistaakseen hyvää mielenterveyttä ja fyysistä terveyttä. Tavoit-
teena on vahvistaa nuorten terveystalvaeluja ja eri sektorien välistä yhteistyötä sekä
lisätä asiakkaiden osallisuutta terveystalvaelujen kehittämisessä. Tavoitteena on myös
keskittyä digitaalisten terveystalvaelualustojen saatavuuteen ja koordinointiin sekä
vahvistaa tieto- ja tutkimuspohjaa, johon nuorten terveyteen liittyvät ohjelmat perustu-
vat.

5 Valmisteluprosessi

Valmisteluprosessia kuvataan mielenterveysstrategioissa vaihtelevalla laajuudella. Strategioiden lisäksi valmisteluprosesseista on etsitty tietoa myös mm. strategioiden kansallisista verkkosivustoilta sekä EACEA National Policies Platform -sivustolta. Yhdistävänä tekijänä on strategioiden valmistelu laajassa yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa. Valmistelussa kuvataan olleen mukana kokemusasiantuntijoita, omaisia, palvelutuottajia, päättäjiä, alkuperäiskansoja edustavia järjestöjä, tutkijoita, asiantuntijoita, viranomaisia ja laajimmillaan koko väestö. Keskeisessä asemassa ovat olleet henkilöt, joiden mielenterveys on tai on ollut heikentynyt sekä heidän perheensä. Valmisteluvaiheessa strategioiden sisältöä on käyty läpi mm. kuulemistilaisuuksissa, fokusryhmissä ja kommenttien keräämiseksi on tehty verkkokyselyjä. Osassa strategioita valmistelun pohjana kuvataan olleen aiempi strategiatyö ja osassa valmistelua kuvataan useiden vuosien prosessina.

Skotlanti:

Strategiaa on valmisteltu yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa. Valmistelun loppuvaiheessa erilisissä kuulemistilaisuuksissa ja kyselyllä on pyydetty kommentteja ehdotetuista painopistealueista, toimenpidesuosituksista ja tavoitteiden saavuttamisen mittaamisesta kymmenen vuoden aikajänteellä. Vastauksia kyselyyn saatiin yhteensä 598, joista 61 % tuli yksityishenkilöiltä ja 39 % organisaatioilta tai yhteisöiltä. Saadut kommentit on koottu raporttiin ”Mental Health in Scotland – a 10-year vision: analysis of responses to the public engagement exercise”.

Ruotsi:

Ruotsin mielenterveysstrategian painopistealueet on suunniteltu yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa. Strategiassa todetaan, että valmisteluprosessin aikana tavattiin yli 70 keskeisen organisaation edustajia (mm. palvelujen käyttäjiä, potilasjärjestöjä, ammattiliittoja, viranomaisia). Tarkoituksena oli tuottaa yhteinen ongelma-analyysi ja ehdotukset näiden ongelmien ratkaisemiseksi.

Kanada

Kanada strategian valmistelu on tapahtunut kahdessa osassa. Ensimmäisen vaiheen päätteeksi julkaistiin vuonna 2009 ”Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada” raportti, jossa kuvattiin visio ja laajat tavoit-

teet strategialle. Toisessa vaiheessa julkaistiin varsinainen strategia ”Changing Directions, Chancing Lives”, jossa määritellään tarkemmat tavoitteet ja toimenpidesuositukset vision toteuttamiseksi.

Strategian on valmistellut ”the Mental Health Commission of Canada (MHCC)” tiiviissä yhteistyössä palvelujen käyttäjien, heidän perheidensä, palvelutuottajien, päättäjien, alkuperäiskansoja edustavien järjestöjen, tutkijoiden, asiantuntijoiden, eri sidosryhmien, viranomaisten ja koko väestön kanssa. Valmisteluprosessiin on liittynyt mm. verkkokyselyjä, keskustelutilaisuuksia ja fokusryhmiä sidosryhmien kanssa. Valmistelu on ollut usean vuoden prosessi.

Australia

Australian strategiavalmistelu rakentuu laajoihin konsultaatioihin, joiden pohjalta on koottu yhteen psykiatrisia häiriöitä sairastavien, mielenterveyspalvelujen tuottajien, alkuperäiskansojen edustajien, valtion ja osavaltioiden hallitusten sekä muiden sidosryhmien asiantuntemus.

Australian suunnitelma on viides vuonna 1992 julkaistun kansallisen mielenterveysstrategian julkaisemisen jälkeen ja perustuu pitkään jatkuneeseen kehittämistyöhön.

Englanti

Englannin strategiavalmistelu on pohjautunut aiempaan strategiatyöhön. Vuonna 2011 julkaistiin mielenterveysstrategia, joka ei kuitenkaan implementoitunut toivotusti. Vuonna 2015 julkaistiin puolestaan ”Future in Mind” suunnitelma, jossa painotettiin lasten ja nuorten helpompaa pääsyä laadukkaisiin mielenterveyspalveluihin. Vuonna 2017 julkaistun strategian valmistelu on pohjautunut tähän edeltävään työhön.

Valmisteluvaiheessa tuhannet henkilöt, joiden mielenterveys on tai on ollut heikentynyt kertoivat, millaisia muutoksia he haluaisivat nähdä, jotta he voisivat elää tasa-arvoisina kansalaisina ja toteuttaa unelmiaan. Keskeisinä elementteinä nousivat esiin ennaltaehkäisy, palvelujen saatavuus, integraatio, laatu ja positiivinen asiakaskokemus. Tämä kokemuspohja on haluttu nostaa keskeiseen asemaan.

Norja

Norjan mielenterveysstrategian todetaan perustuvan aiempiin strategioihin ja toimintasuunnitelmiin (mm. Barn som lever i fattigdom – regjeringens strategi (2015–2017), Et liv uten vold – handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014–2017), En god barn- dom varer livet ut – tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og

ungdom (2014–2017), Retten til å bestemme over eget liv: Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020), Fremtidens primærhelsetjeneste, (2014–2015), Nasjonal helse- og sykehusplan).

6 Toimeenpano ja arviointi

Mielenterveysstrategioiden toimeenpanoon liittyen korostetaan yhteistyön merkitystä. Useassa strategiassa todetaan, että kuten valmisteluprosessin, myös toimeenpanon tulee toteutua yhteistyössä sidosryhmien kanssa. Osalle strategioista on laadittu erillinen toimeenpanosuunnitelma ja etenkin suurempien maiden kohdalla puhutaan alueellisten toimeenpanosuunnitelmien merkityksestä.

Keskeisenä asiana strategioissa nostetaan esiin edistyksen seuraaminen. Olennaista on myös tästä vastaava tahon nimeäminen. Osassa strategioita on määriteltä indikaattoreita edistyksen seuraamiseksi ja osassa todetaan, että tällaiset indikaattorit ovat kehitteillä. Raportoinnille on myös määriteltä aikataulu (esim. vuosittain / laajempi arviointi strategiakauden puolivälissä / loppuarviointi).

6.1 Toimeenpano ja arviointi maittain

Skotlanti

Skotlannin strategian toimeenpanosta ovat vastuussa pääasiassa paikalliset viranomaiset, NHS:n johtotasot, kolmas sektori sekä muut yhteisölliset suunnittelukumppanit. Strategiassa on tunnistettu, että menestyksekkääseen toteutukseen tarvitaan tehokasta hallintoa, säännöllistä arviointia sekä sidosryhmien osallistumista. On myös varmistettava tehokas prosessi tulevien toimenpiteiden kehittämiseksi.

”A Mental Health Strategy Implementation Group (MHSIG)” seuraa strategian toimenpiteiden toteutumisen edistymistä. Toimenpiteiden implementoinnin ohjaamiseksi, seuraamiseksi ja arvioimiseksi luodaan sidosryhmien yhteinen säännöllisesti kokoontuva foorumi. Strategian toimenpiteiden edistymisestä laaditaan vuosittain raportti ja strategiakauden puolessa välissä, vuonna 2022, tehdään laaja arviointi.

Ruotsi:

Strategiassa todetaan, että samoin kuin strategian painopistealueiden valmistelu, myös kehittämistyö kentällä tulee tehdä yhteistyössä sidosryhmien kesken. Ruotsin kansanterveyslaitoksella on tässä merkittävä rooli. Kansanterveyslaitos on vastuussa yhteistyön koordinoinnista sekä tiedon seurannasta, koostamisesta, analysoinnista ja levittämisestä mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän työ tukemiseksi.

Strategiaa arvioidaan ja tarpeen mukaan uudelleen muotoillaan strategiakauden päätyttyä 2020.

Kanada:

Kanadan strategiassa painotetaan toimeenpanon osalta alueellisia suunnitelmia strategian tavoitteiden saavuttamiseksi. Strategia tunnistetaan laajaksi ja kunnianhimoiseksi, ja toimeenpanossa painotetaan askel askeleelta etenemistä. Keskeistä on ottaa suunnitteluun, organisointiin, palveluiden tuottamiseen ja arviointiin yhä vahvemmin mukaan psykiatrisia häiriöitä sairastavat perheineen. Tarvitaan sidosryhmien yhteistyötä määrittelemään muutostarpeita, jotta palvelut saadaan paremmin integroitua toipumista tukeviksi. Keskeistä on mielenterveyden edistäminen jokaisen kanadalaisen jokapäiväisessä ympäristössä. Muutoksen mahdollistamiseksi tarvitaan strategisia investointeja, selkeitä indikaattoreita ja vahvaa yhteisöllistä liikettä. Suunnitelmaa arvioidaan tarkasti viiden vuoden jälkeen edistymisen selvittämiseksi.

Kuten strategian valmistelun yhteydessä, vuonna 2015 toteutettiin jälleen laajoja konsultaatioita, joiden tarkoituksena oli luoda perusta strategian toimeenpanon nopeuttamiselle seuraavan viiden vuoden aikana. Prosessin aikana etsittiin neuvoja koko maan laajuisesti paikallisilta, alueellisilta ja kansallisilta ryhmiltä sekä virastoilta, hallituksilta ja alkuperäiskansoilta. Keskeisessä asemassa olivat henkilöt, joiden mielenterveys on tai on ollut heikentynyt sekä heidän perheensä. Lisäksi järjestettiin kansalaispaneeli. Näiden kuulemisten sekä tutkimus- ja asiantuntijatiedon pohjalta valmistui ”Advancing the Mental Health Strategy for Canada: A Framework for Action (the Framework)” suunnitelma, jonka tarkoituksena on edistää kanadalaisien mielenterveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluja edistämällä strategian tavoitteiden toteuttamista.

Australia:

Australian suunnitelmalle on laadittu erillinen toimeenpanosuunnitelma, jossa määritellään jokaisen tavoitteen ja toimenpide-ehdotuksen toteuttamiseksi roolit, aikataulu ja koordinaatiovastuu.

Uudistusten etenemisen seuraaminen tunnistetaan keskeiseksi osaksi strategian toimeenpanoa. Tarkoituksena on kehittää vuosittainen raportointiprosessi, jossa raportoidaan suunnitelman tavoitteiden toteutumista. Vastuu suunnitelman edistymisen raportoinnista on kansallisella mielenterveyskomissiolla (The National Mental Health Commission (NMHC)).

Englanti:

Englannin strategiassa todetaan, että suositusten toimeenpano on kaikkien yhteinen asia. Strategialle on laadittu erillinen toimeenpanosuunnitelma, joka määrittää tarkemat askelmerkit strategiassa määriteltyjen tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimeenpanosuunnitelmassa määritellään tarkemmin mm. työvoimaan, investointeihin ja säästöihin, tietoon sekä muita järjestelmään liittyviä edellytyksiä.

Toimeenpanosuunnitelma korostaa keskeisinä elementteinä yhteistyötä henkilöiden, joilla on tai on ollut heikentynyt mielenterveys sekä heidän omaisten kanssa ja yhteistyötä eri organisaatioiden ja sektorien välillä kaikkien osaamisen yhteiseksi hyödyntämiseksi. Olennaista on interventiot varhaisimmassa mahdollisessa vaiheessa ja palveluiden ja hoidon suunnittelu ihmiskeskeisesti ja näyttöön perustuen. Keskeistä on tietoa hyödyntävä ja vaikuttavuuteen tähtäävä toiminta.

6.2 Indikaattorit tavoitteiden saavuttamisen seuraamiseksi

Osassa strategioita tai strategioiden toimeenpanosuunnitelmia (Kanada, Australia, Englanti) on esitetty indikaattoreita, joilla strategioiden tavoitteiden edistymistä on tarkeitus seurata. Indikaattoreita on esitelty kootusti esimerkinomaisesti taulukossa 2 ja alkuperäiskielellä kattavammin liitteessä 2.

Kanadassa mielenterveyden indikaattoreita on strategian julkaisemisen jälkeen kehitetty eteenpäin ja niitä on kuvattu laajasti julkaisussa "Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada". Skotlannin strategiassa ei indikaattoreita ole määritelty, mutta yhtenä toimenpiteenä nimetään, että näitä kehitetään ja kuusi mitattavaa ulottuvuutta ovat ihmiskeskeisyys, turvallisuus, vaikuttavuus, tehokkuus, oikeudenmukaisuus ja oikea-aikaisuus. Ruotsin strategian tavoitteiden toteutumisen seurantaan liittyen on eri yhteyksissä mainittu erilaiset kansalliset ja kansainväliset toistuvat kyselytutkimukset, kuten vuosittain toteutettava kansallinen väestön terveys kysely ('Health on equal terms') ja WHO:n yhteistyössä teettämä lasten ja nuorten terveystietäytymistä selvittävä 'Health Behaviour in School-aged Children' tutkimus.

Taulukko 2. Esimerkkejä indikaattoreista, joilla mielenterveysstrategioiden tavoitteiden saavuttamista seurataan

Teema	Indikaattori
Terveysten edistäminen ja sairauksien ehkäisy	Positiivista mielenterveyttä kokevien osuus
	Aggression, ahdistuneisuuden ja hyperaktiivisuuden esiintyvyys viisivuotiailla
	Vahvaa yhteisöön kuuluvuutta kokevien osuus
	Itsemurhien määrä
Palvelut ja hoito	Palveluun tyytyväisten osuus
	Uusintakäynnit sairaalaan
	Tahdostariippumattoman hoidon määrä
	Vältettävissä olevat somaattisista syistä johtuvat sairaalajaksot psykiatrisia häiriöitä sairastavilla
	Psykiatrisia häiriöitä sairastaville suunnattujen tukiasumisyksiköiden lukumäärä
Psykiatrisia häiriöitä sairastavien somaattinen terveys, hyvinvointi ja osallisuus	Vakavia psykiatrisia häiriöitä sairastavien elinajanodote
	Työelämässä olevien mielenterveyskuntoutujien osuus
	Psykiatrisia häiriöitä sairastavien päihteiden käytön määrä
	Erot kuolleisuudessa psykiatrisia häiriöitä sairastavilla
	Syrjintää kokevien psykiatrisia häiriöitä sairastavien osuus
Alkuperäiskansat ja haavoittuvat ryhmät	Osuus maahanmuuttajista, joilla on tunne-elämän ongelmia ja jotka saavat tukea joltakin muulta taholta kuin perheeltään tai ystäviltään
	Hoitoonpääsy ja vaikuttavuus eri väestöryhmissä
	Yksilö- ja ryhmäterapiaa vankilassa saaneiden määrä

6.3 Toimeenpanon taloudelliset resurssit

Mielenterveysstrategioissa otetaan vaihtelevasti kantaa toimeenpanon taloudellisiin resursseihin. Osassa strategioita tarvittavia investointeja on sivuttu lyhyesti, osassa tarkemmin ja joissakin rahoitukseen ei ole otettu kantaa. Strategiapapereiden lisäksi rahoitukseen liittyvää tietoa on pyritty löytämään myös muista lähteistä, kuten hallituksen budjeteista. Rahoitusta kuvaavat tiedot on koottu tiivistetysti taulukkoon 3.

Taulukko 3. Mielenterveysstrategioiden toimeenpanon rahoitukseen liittyviä mainintoja

Skotlanti	Strategiassa suositetaan investoimaan seuraavan viiden vuoden aikana £35 miljoonaa (38,8 milj. €) 800 mielenterveystyöhön kohdennetun lisätyöntekijän saamiseksi eri aloille
Kanada	Rahoitukseen liittyen strategiassa ehdotetaan seuraavaa: kasvattamaan mielenterveyteen kohdistuvien terveydenhuollon kustannusten osuutta seitsemästä yhdeksään prosenttiin kymmenen vuoden aikana kasvattamaan mielenterveyteen kohdistettujen sosiaalimenojen osuutta kahdella prosenttiyksiköllä nykyisestä tasosta
Englanti	Todetaan tarve 1£ miljardin (1,1 mrd. €) lisäinvestoinnille vuoteen 2020/21 strategiassa asetettujen prioriteettien saavuttamiseksi.
Norja	Strategiassa todetaan, että esitetyt toimenpiteet voidaan toteuttaa nykyisen rahoituskehyksen puitteissa. Uusien toimenpiteiden odotetaan edistävän normaalissa talousarviomenettelyssä.
Ruotsi	Strategiassa ei oteta kantaa rahoitukseen. Hallitus on vuonna 2018 suunnannut mielenterveyden alalle kehityksen stimuloimiseksi 1 414 milj. SEK (135 milj. euroa), joista 1 364 milj. SEK (130 milj. euroa) on varoja kunnille ja alueille kehittämiseen ja kestävän kehityksen jatkamiseksi.
Australia	Suunnitelmassa ei erikseen oteta kantaa toimeenpanon rahoitukseen. Vuoden 2018-2019 budjetissa hallitus on investoinut australialaisten paremman mielenterveyden tukemiseen \$338.1 miljoonaa (212,8 milj. euroa).

Skotlanti

Skotlannin mielenterveysstrategian toimintasuosituksessa 15 suositetaan investoimaan seuraavan viiden vuoden aikana £35 miljoonaa (38,8 milj. euroa) yhteensä 800 mielenterveystyöhön kohdennetun lisätyöntekijän saamiseksi eri aloille. Strategiassa todetaan yleisellä tasolla, että tavoitteiden saavuttamista tuetaan lisäämällä resursseja mielenterveyden alalle. Strategiassa myös peräänkuulutetaan läpinäkyvää raportointia resurssien käytöstä.

Ruotsi

Vuosien 2007 ja 2011 välillä Ruotsin hallitus allokoiti noin 3,7 miljardia SEK (387 miljoonaa euroa) stimuloimaan kehittämistyötä mielenterveyden alueella. Vuonna 2012 hallitus totesi, että toimintaa tulee edelleen tehostaa. Tämän tuloksena hallitus päätti toteuttaa toimintasuunnitelman kohdennetuille toimille mielenterveyden alalla aikavälille 2012–2016. Toimintasuunnitelma kohdistui kahteen ryhmään: lapsiin ja nuoriin sekä vakavia ja monimuotoisia psykiatria häiriöitä sairastaviin. Toimintasuunnitelman puitteissa allokoitiin vuosittain noin 850 miljoonaa SEK (89 miljoonaa euroa). (Regeringskansliet 2012 & European Commission 2018).

Sopimuksessa valtion ja Ruotsin kuntien ja maakuntaneuvostojen välillä Ruotsin hallitus on vuonna 2018 suunnannut mielenterveyden alalle kehityksen stimuloimiseksi 1 414 milj. SEK (135 milj. euroa), joista 1 364 milj. SEK (130 milj. euroa) on varoja kunnille ja alueille kehittämisen ja kestävän kehityksen jatkamiseksi. Varoja on suunnattu

mm. saavutettavuuden parantamiseksi ja hoidon ja tuen vahvistamiseksi lasten ja nuorten palveluissa sekä nuorten turvapaikanhakijoiden ja äskettäin maahan saapuneiden mielenterveysongelmien torjumiseksi sekä psykiatristen traumojen hoidon tehostamiseksi. Tarkempi allokointi on kuvattu sopimuksessa "Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa" (Sveriges Kommuner och Landsting 2017).

Kanada

Kanadan mielenterveysstrategiassa todetaan, että pitkään jatkunut alirahoitus mielen- terveyden alueella tulee korjata ja että tarvitaan strategisia investointeja. Toimenpide- suosituksissa myös opastetaan käyttämään käytössä olevia resursseja tehokkaam- min.

Rahoitukseen liittyen strategiassa suositetaan kasvattamaan mielenterveyteen koh- distuvien terveydenhuollon kustannusten osuutta seitsemästä yhdeksään prosenttiin kymmenen vuoden aikana sekä kasvattamaan mielenterveyteen kohdistettujen sosi- aalimenojen osuutta kahdella prosenttiyksiköllä nykyisestä tasosta. Lisäksi strategi- assa kehoitetaan tunnistamaan nykyiset mielenterveyteen kohdistuvat menot, jotka olisi kohdennettava uudelleen tehokkuuden parantamiseksi ja parempien tulosten saavuttamiseksi.

Australia

Australian mielenterveyssuunnitelmassa ei erikseen oteta kantaa toimeenpanon ra- hoitukseen. Vuoden 2018–2019 budjetissa hallitus on investoinut australialaisten pa- remman mielenterveyden tukemiseen \$338.1 miljoonaa (212,8 milj. euroa). Investointi on kohdistunut mm. itsemurhien ehkäisyyn sekä ikääntyneiden tukemiseen ja eristäy- tymisen ehkäisyyn. Allokointia on kuvattu tarkemmin mm. julkaisussa "Budget at a Glance—Key Initiatives" (Australian Government, Department of Health 2018).

Englanti

Englannin strategiassa esitetään laskelmia mielenterveyspalveluiden kustannuksista Englannissa ja todetaan mielenterveyspalveluiden olleen kroonisesti alirahoitettuja. Strategiassa todetaan tarve 1£ miljardin (1,1 mrd. €) lisäinvestoinnille vuoteen 2020/21 asetettujen prioriteettien saavuttamiseksi. Strategialle laaditussa toimeenpa- nosuunnitelmassa määritellään tarkasti tarvittavien lisäinvestointien kohdentumista vuositasolla.

Norja

Norjan mielenterveysstrategiassa todetaan, että esitetyt toimenpiteet voidaan toteuttaa nykyisen rahoituskehysten puitteissa. Uusien toimenpiteiden odotetaan edistyvän normaalissa talousarviomenettelyssä.

Vuoden 2019 talousarvioesityksessä on suoraan mielenterveyteen ja päihdetyöhön liittyen ehdotettu seuraavaa:

- Psykologien rekrytoimiseksi kuntiin 50 milj. NOK (5,1 milj. euroa)
- Valvontakomissioille 12,3 milj. NOK (1,3 milj. euroa) psykiatrisen hoidon piirissä olevien potilaiden itsemääräämisoikeuden ja oikeuksien turvaamiseen.
- Kansanterveysohjelman laajentamiseen 10 milj. NOK (1 milj. euroa). Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön tulisi jatkossakin olla tärkeä painopistealue.
- Keskivaikeita ja vakavia psykiatrisia- ja päihdehäiriöitä sairastavien työllistymisen tukemisen vahvistamiseen 5 milj. NOK (0,5 milj. euroa).
- 281 milj. NOK (28,9 milj. euroa) kuntien päihdetyön vahvistamiseen.

7 Lopuksi

Vertailumaiden mielenterveysstrategioiden voidaan todeta vastaavan keskeisiltä sisällöiltään pitkälti toisiaan. Mielenterveyden edistämisen merkitys, helposti saavutettavat, vaikuttavat ja kaikille tasa-arvoiset palvelut sekä asiakkaiden asema ja osallisuus korostuvat kautta linjan. Tärkeässä roolissa ovat mielenterveyden ongelmien kanssa elävien sekä heidän perheidensä mukaan ottaminen niin yleiseen palvelun kehittämiseen kuin oman hoitonsa ja palveluprosessiensa suunnitteluun. Olennaista on myös tunnistaa se, että muutosta ei tehdä yksin terveys- ja sosiaalipalvelujen piirissä, vaan koko yhteiskunnan laajuisessa toimintaympäristössä.

Mielenterveysstrategioissa korostuu myös tietopohjan merkitys palvelujen kehittämisessä ja tavoitteiden saavuttamisen edistymisen seurannassa. On tunnistettu tarve kehittää indikaattoreita, joiden avulla mielenterveyden alaa voidaan niin väestön terveyden kuin palvelujenkin näkökulmasta systemaattisesti seurata. Keskeisiksi onnistumisen elementeiksi on strategioissa nostettu johtajuus sekä toimiva yhteistyö.

Mielenterveysstrategioiden aikajänne vaihtelee viidestä kymmeneen vuoteen. Strategioissa tunnistetaan monin paikoin kunnianhimoiset ja laaja-alaiset tavoitteet ja painotetaan askel askeleelta etenemistä. Askelittainen eteneminen tulee näkyväksi erityisesti strategioille laadituissa toimeenpanosuunnitelmissa. Strategioissa todetaan myös, että tarkoitus ei ole ratkaista kaikkia ongelmia strategiakauden aikana, vaan tarkoituksena on näyttää suuntaa muutokselle ja rakentaa pohjaa pitkäjänteisemmälle uudistumiselle.

Liitteet

Liite 1. Strategioiden painopistealueet ja toteuttamissuositukset

Skotlanti

Prevention and early intervention

Ambitions:

Every child and young person to have appropriate access to emotional and mental well-being support in school.

Appropriate, evidence-based, parenting programmes should be available across Scotland.

Evidence-based interventions to address behavioural and emotional issues in children and young people should be available across Scotland.

Mental health support and treatment for young people involved in offending who have mental health problems should be available across Scotland.

Mental health training for non-mental health staff should be available across health and social care services.

Training in first aid approaches for mental health should become as common as physical first aid.

Actions: Review Personal and Social Education (PSE), the role of pastoral guidance in local authority schools, and services for counselling for children and young people.

Roll out improved mental health training for those who support young people in educational settings.

Commission the development of a Matrix of evidence-based interventions to improve the mental health and wellbeing of children and young people.

Complete the rollout of national implementation support for targeted parenting programmes for parents of 3- and 4-year olds with conduct disorder by 2019-20.

Ensure the care pathway includes mental and emotional health and wellbeing, for young people on the edges of, and in, secure care.

Determine and implement the additional support needed for practitioners assessing and managing complex needs among children who present a high risk to themselves or others.

Support an increase in support for the mental health needs of young offenders, including on issues such as trauma and bereavement.

Work with partners to develop systems and multi-agency pathways that work in a co-ordinated way to support children's mental health and wellbeing.

Support the further development of „Think Positive“ to ensure consistent support for students across Scotland.

Support efforts through a refreshed Justice Strategy to help improve mental health outcomes for those in the justice system.

Complete an evaluation of the Distress Brief Intervention by 2021 and work to implement the findings from that evaluation.

Support the further development of the National Rural Mental Health Forum to reflect the unique challenges presented by rural isolation.

Ensure unscheduled care takes full account of the needs of people with mental health problems and addresses the longer waits experienced by them.

Work with NHS 24 to develop its unscheduled mental health services to complement locally-based services.

Access to treatment and joined-up, accessible services

Ambitions:

Access to the most effective and safe care and treatment for mental health problems should be available across Scotland, meeting the same level of ambition as for physical health problems.

Safe and effective treatment that follows clinical guidelines.

Safe and effective treatment accessed in a timely way.

Services that promote and support recovery-based approaches.

Multi-disciplinary teams in primary care to ensure every GP practice has staff who can support and treat patients with mental health issues.

Appropriate mental health professionals are accessible in Emergency Departments and through other out-of-hours crisis services.

Actions:

Increase the workforce to give access to dedicated mental health professionals to all A&Es, all GP practices, every police station custody suite, and to our prisons. Over the next five years increasing additional investment to £35 million for 800 additional mental health workers in those key settings.

Fund the introduction of a Managed Clinical Network to improve the recognition and treatment of perinatal mental health problems.

Fund improved provision of services to treat child and adolescent mental health problems.

Commission an audit of CAMHS rejected referrals, and act upon its findings.

Commission Lead Clinicians in CAMHS to help develop a protocol for admissions to non-specialist wards for young people with mental health problems.

Scope the required level of highly specialist mental health inpatient services for young people, and act on its findings.

Improve quality of anticipatory care planning approaches for children and young people leaving the mental health system entirely, and for children and young people transitioning from CAMHS to Adult Mental Health Services.

Support development of a digital tool to support young people with eating disorders.

Test and evaluate the most effective and sustainable models of supporting mental health in primary care, by 2019.

Fund work to improve provision of psychological therapy services and help meet set treatment targets.

Develop more accessible psychological self-help resources and support national rollout of computerised CBT with NHS 24, by 2018.

Ensure the propagation of best practice for early interventions for first episode psychosis, according to clinical guidelines.

The physical wellbeing of people with mental health problems

Ambitions:

That premature mortality of people with severe and enduring mental illness is tackled.

That the rate of smoking amongst people with a diagnosed mental health problem should decline at the same rate as the rate for the general population.

That the uptake of screening for cancers, amongst people with a diagnosed severe and enduring mental illness, should be the same as the rate for the general population.

That side effects of psychiatric medication are appropriately monitored and, where possible, reduced.

Actions:

Test and learn from better assessment and referral arrangements in a range of settings for dual diagnosis for people with problem substance use and mental health diagnosis.

Offer opportunities to pilot improved arrangements for dual diagnosis for people with problem substance use and mental health diagnosis.

Work with partners who provide smoking cessation programmes to target those programmes towards people with mental health problems.

Ensure equitable provision of screening programmes, so that the take up of physical health screening amongst people with a mental illness diagnosis is as good as the take up by people without a mental illness diagnosis.

Support the physical activity programme developed by SAMH.

Rights, information use, and planning

Ambitions:

That a human-rights based approach is intrinsic to actions to improve mental health.

That legislation related to mental health is fit for purpose.

That people who have experienced mental health problems can be supported back into the workplace.

That people who develop poor mental health are supported to stay in work just as they would be with physical health problems

Actions:

Use a rights-based approach in the statutory guidance on the use of mental health legislation.

Commission a review of whether the provisions in the Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003 Act fulfil the needs of people with learning disability and autism, taking forward new legislative measures if necessary.

Reform Adults With Incapacity (AWI) legislation.

Work with key stakeholders to better understand Mental Health Officer capacity and demand, and to consider how pressures might be alleviated.

Work with employers on how they can act to protect and improve mental health, and support employees experiencing poor mental health.

Explore innovative ways of connecting mental health, disability, and employment support in Scotland.

Data and measurement

Actions: Develop a quality indicator profile in mental health which will include measures across six quality dimensions – person-centred, safe, effective, efficient, equitable and timely.

Establish a bi-annual forum of stakeholders to help track progress on the actions in this Strategy, and to help develop new actions in future years to help meet our ambitions.

Carry out a full progress review in 2022, the halfway point of the Strategy, to ensure that lessons are learnt from actions to that point.

Kanada

Promote mental health across the lifespan in homes, schools, and workplaces, and prevent mental illness and suicide wherever possible

Priority 1.1 Increase awareness about how to promote mental health, prevent mental illness and suicide wherever possible, and reduce stigma.

Recommendations for action

Demonstrate to policy makers, employers, and the general public how positive mental health contributes to Canada's social and economic prosperity.

Increase people's understanding of how to improve their own mental health and well-being, and support communities to take action to foster mental health and well-being.

Increase people's understanding of how to recognize mental health problems and illnesses, how to get support if they need it, and how to get help for someone else.

Train front-line service providers of all kinds to identify mental health problems and illnesses early, promote mental health, and prevent mental illness and suicide wherever possible.

Fight stigma by including opportunities in promotion, prevention and early intervention initiatives to meet and talk with people living with mental health problems and illnesses

Priority 1.2 Increase the capacity of families, caregivers, schools, post-secondary institutions and community organizations to promote the mental health of infants, children, and youth, prevent mental illness and suicide wherever possible, and intervene early when problems first emerge.

Recommendations for action

1.2.1 Increase support for parents and caregivers to promote healthy social and emotional development in infancy and early childhood, paying special attention to those at high risk.

1.2.2 Expand initiatives to identify developmental, social, and emotional delays in infants and young children, as well as the range of services and supports to address them.

1.2.3 Increase comprehensive school health and post-secondary mental health initiatives that promote mental health for all students and include targeted prevention efforts for those at risk.

1.2.4 Increase the availability of family-centred and community-based mental illness prevention programs for children and youth most at risk.

Priority 1.3 Create mentally healthy workplaces

Recommendations for action

1.3.1 Implement the Psychological Health and Safety Standard in the private and public sectors.

1.3.2 Increase capacity to implement comprehensive approaches to mentally healthy workplaces.

Priority 1.4 Increase the capacity of older adults, families, care settings, and communities to promote mental health in later life, prevent mental illness and suicide wherever possible, and intervene early when problems first emerge.

Recommendations for action

1.4.1 Counter the impact of age discrimination on mental health.

1.4.2 Help older adults to participate in meaningful activities, sustain relationships and maintain good physical health.

1.4.3 Increase the capacity of older adults, their families, and those who work with them to identify mental illnesses, dementia, elder abuse, and risk of suicide, and intervene early when problems first emerge. Foster recovery and well-being for people of all ages living with mental health problems and illnesses, and uphold their rights.

Priority 2.1 Shift policies and practices toward recovery and wellbeing for people of all ages living with mental health problems and illnesses, and their families.

Recommendations for action

2.1.1 Implement a range of recovery-oriented initiatives in Canada, including the development and implementation of recovery guidelines.

2.1.2 Promote the education and training of mental health professionals, health professionals, and other service providers in recovery-oriented approaches.

2.1.3 Expand the use of individual care plans that are oriented to recovery and well-being.

2.1.4 Facilitate the use of advance directives for times when people with severe mental health problems and illnesses may be deemed incapable of making decisions.

2.1.5 Adapt approaches that enable people to directly manage a portion of their service budgets, to the mental health context in Canada.

2.1.6 Enhance support for families to foster recovery and well-being, provide care, and meet their own needs in handling stress and loss.

2.1.7 Improve knowledge among service providers, people with mental health problems and illnesses, and their families on the best ways to involve families while respecting confidentiality.

Priority 2.2 Actively involve people living with mental health problems and illnesses and their families in making decisions about service systems.

Recommendations for action

2.2.1 Increase the active involvement of people living with mental health problems and illnesses and their families in governance, accreditation, monitoring, and advisory bodies in the service system.

2.2.2 Create opportunities for people living with mental health problems and illnesses to take up positions at all levels within the mental health workforce.

Priority 2.3 Uphold the rights of people living with mental health problems and illnesses.

Recommendations for action

2.3.1 Remove barriers to full participation of people living with mental health problems or illnesses in workplaces, schools (including postsecondary institutions), and other settings.

2.3.2 Stop disclosure in 'police records checks' of apprehensions by police under mental health acts.

2.3.3 Review and, where necessary, update legislation and revise policies across jurisdictions and sectors to achieve alignment with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

2.3.4 Develop and implement recovery-oriented, trauma-informed alternatives to the use of seclusion and restraint, with a view to reducing and eventually making these practices virtually unnecessary.

2.3.5 Support advocacy by people living with mental health problems and illnesses, and their families.

Priority 2.4 Reduce the over-representation of people living with mental health problems and illnesses in the criminal justice system, and provide appropriate services, treatment and supports to those who are in the system.

Recommendations for action

2.4.1 Increase the availability of programs to divert people living with mental health problems and illnesses from the corrections system, including mental health courts and other services and supports for youth and adults.

2.4.2 Provide appropriate mental health services, treatments and supports in the youth and adult criminal justice system, and ensure that everyone has a comprehensive discharge plan upon release into the community.

2.4.3 Address critical gaps in treatment programs for youth and adult offenders with serious and complex mental health needs.

2.4.4 Increase the role of the 'civil' mental health system in providing services, treatment, and supports to individuals in the criminal justice system.

2.4.5 Provide police, court and corrections workers with knowledge about mental health problems and illnesses, training in how to respond, and information about services available in their area.

Provide access to the right combination of services, treatments and supports, when and where people need them.

Priority 3.1 Expand the role of primary health care in meeting mental health needs.

Recommendations for action

3.1.1 Strengthen collaborative approaches to primary and mental health care through better communication, supportive funding, and interdisciplinary education.

3.1.2 Integrate recovery approaches into primary health care, involving people living with mental health problems and illnesses and their families in planning, and facilitating selfmanagement and peer support.

3.1.3 Implement guidelines for screening, services, treatments and supports for common mental health and substance use problems and suicide risk, especially for people with chronic physical health problems.

3.1.4 Ensure that people living with mental health problems and illnesses have timely access to appropriate physical health care.

3.1.5 Use technology to foster collaboration, increase access to services, and engage people in managing their mental health problems and illnesses.

Priority 3.2 Increase the availability and coordination of mental health services in the community for people of all ages.

Recommendations for action

3.2.1 Increase resources and capacity for a range of community mental health services that serve people of all ages.

3.2.2 Improve coordination and collaboration between and across mental health, health, addictions, and other service systems for people of all ages, and provide tools and supports for navigating the system.

3.2.3 Set standards for wait times for community mental health services for people of all ages.

3.2.4 Increase access to psychotherapies and clinical counselling by service providers who are qualified to deliver approaches that are based on best available evidence.

3.2.5 Remove financial barriers for children and youth and their families to access psychotherapies and clinical counselling.

Priority 3.3 Provide better access to intensive, acute, and highly specialized services, treatments and supports when they are needed by people living with severe or complex mental health problems and illnesses.

Recommendations for action

3.3.1 Establish benchmarks for the availability of intensive, acute, and highly specialized treatments and services for people of all ages living with severe or complex mental health problems and illnesses.

3.3.2 Adopt recovery and well-being approaches in policies and practices in intensive, acute, and highly specialized mental health services.

3.3.3 Facilitate successful transitions from intensive services, including prompt follow-up after discharge from hospital and support to gain access to community mental health services.

3.3.4 Address barriers to equitable access to medications.

3.3.5 Remove barriers to successful transitions between child, youth, adult, and seniors' mental health services.

3.3.6 Improve coordination of services for people living with mental health problems or illnesses who also have developmental disabilities or neurodegenerative disorders, and increase skills and knowledge for all those who provide services to them.

3.3.7 Improve collaboration in the delivery of services for people living with both substance use problems and mental health problems or illnesses ('concurrent disorders').

Priority 3.4 Recognize peer support as an essential component of mental health services.

Recommendations for action

3.4.1 Increase appropriately resourced peer support initiatives in both independent, peerrun agencies and mainstream settings.

3.4.2 Increase peer support opportunities for families.

3.4.3 Develop nationally recognized guidelines for peer support, in collaboration with peer support organizations.

Priority 3.5 Increase access to housing with supports, and to income, employment, and education support for people living with mental health problems and illnesses, and provide greater support to families.

Recommendations for action

3.5.1 Increase the availability of safe, secure, and affordable housing with supports for people living with mental health problems and illnesses.

3.5.2 Expand approaches such as 'housing first' for homeless people living with mental health problems or illnesses.

3.5.3 Enhance supports for people living with mental health problems and illnesses to pursue education and obtain work.

3.5.4 Make disability benefit programs more adaptable to the individual needs of people living with mental health problems and illnesses, and remove financial disincentives that hinder their return to work or school.

3.5.5 Help caregivers with better financial supports, increased access to respite care, and more flexible workplace policies.

Reduce disparities in risk factors and access to mental health services, and strengthen the response to the needs of diverse communities and Northerners

Priority 4.1 Make improving mental health a goal when working to enhance overall living conditions and health outcomes

Recommendations for action

4.1.1 Encourage government leaders to spearhead collaborative action to reduce disparities in living conditions, while also improving mental health outcomes.

4.1.2 Use 'health equity lenses' to ensure that new mental health policies and programs reduce disparities while improving mental health for the population as a whole.

4.1.3 Strengthen data and research to develop a better understanding of the mental health needs and strengths of diverse population groups.

Priority 4.2 Improve mental health services and supports by and for immigrants, refugees, ethno-cultural and racialized groups.

Recommendations for action

4.2.1 Expand use of standards for cultural competency and cultural safety, including through accreditation bodies and professional associations.

4.2.2 Increase access to information and mental health services, treatments and supports in diverse languages.

4.2.3 Better evaluate the potential of traditional knowledge, customs and practices to address mental health problems and illnesses, and improve access to those that work.

4.2.4 Support immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized community organizations in assessing local mental health needs and strengths and in taking action on local priorities, in collaboration with mental health and other service systems.

4.2.5 Develop and implement mental health plans in all jurisdictions to address the mental health needs of immigrants, refugees, ethnocultural and racialized groups, with their full involvement.

Priority 4.3 Tackle the pressing mental health challenges in northern and remote communities

Recommendations for action

4.3.1 Act to change poor living conditions that can undermine mental health, such as overcrowded or inadequate housing, and lack of access to clean water and affordable food.

4.3.2 Establish funding models that reflect the realities of providing care in northern and remote communities so that gaps in the continuum of mental health services, treatments and supports can be closed.

4.3.3 Provide housing and other incentives that will attract mental health service providers and encourage them to stay in northern and remote communities.

4.3.4 Enhance mental health training programs to match local people with local job opportunities in northern and remote communities.

4.3.5 Support northern and remote communities to develop and implement mental health programs and initiatives that will work in their context.

4.3.6 Strengthen coordination and communication between smaller communities and larger centres, and among provincial and territorial health systems when people need to travel to obtain specialized services.

4.3.7 Increase the use of tele-mental health and e-mental health by building better infrastructure, providing on-going training and support, and greater flexibility in how services are funded.

Priority 4.4 Strengthen the response to the mental health needs of minority official language communities (Francophone and Anglophone).

Recommendations for action

4.4.1 Improve access to mental health information, services, treatments and supports for minority official language communities.

4.4.2 Develop programs to identify, train, recruit, and retain mental health service providers who can offer services in the language of minority official language communities

Priority 4.5 Address the specific mental health needs related to gender and sexual orientation

Recommendations for action

4.5.1 Increase professional and public understanding of differences in mental health related to gender and sexual orientation.

4.5.2 Provide mental health services that are gender and LGBT sensitive.

4.5.3 Take action to reduce the serious risk factors for women's mental health, including poverty, the burden of caregiving, and family violence.

4.5.4 Improve the capacity of LGBT organizations to address the stigma of mental illness and to work with local mental health services to support their community.

Work with First Nations, Inuit, and Métis to address their mental health needs, acknowledging their distinct circumstances, rights and cultures

FIRST NATIONS STREAM Priority 5.1 Establish a coordinated continuum of mental wellness services (mental health and substance use services) for and by First Nations, which includes traditional, cultural, and mainstream approaches

Recommendations for action

5.1.1 Close critical gaps in the continuum of mental wellness services, treatments and supports for First Nations, including traditional, cultural, and mainstream approaches.

5.1.2 Disseminate and share knowledge about promising traditional, cultural, and mainstream approaches to mental wellness, such as mental wellness teams and recognizing the role of Elders.

5.1.3 Support and recognize the community as its own best resource by acknowledging local knowledge and by developing community capacity to improve mental wellness.

5.1.4 Enhance the knowledge, skills, recruitment and retention of the range of service providers able to provide effective and culturally safe services, treatments and supports for First Nations mental wellness.

5.1.5 Strengthen collaborative relationships among federal, provincial, territorial and First Nations governments to improve policies, programs and services related to mental wellness.

INUIT STREAM Priority 5.2 Establish a coordinated continuum of mental wellness services (mental health and substance use services) for and by Inuit, which includes traditional, cultural, and clinical approaches.

Recommendations for action

5.2.1 Close critical gaps in the continuum of mental wellness services, treatments and supports for Inuit, including traditional, cultural, and clinical approaches.

5.2.2 Support Inuit to respond to their mental health needs by drawing on the knowledge and strengths in their communities.

5.2.3 Provide adequate, sustained funding and support to develop the mental health workforce and strengthen recruitment and retention of mental health workers.

5.2.4 Increase the availability of Inuit-specific mental wellness data, research, information, knowledge and training.

5.2.5 Bring about transformation in mental wellness services through strong partnerships with government, non-government organizations, foundations and the private sector.

MÉTIS STREAM Priority 5.3 Build Métis capacity to improve mental health and to improve access to mental health and addictions services through meaningful, inclusive, and equitable engagement processes and research.

Recommendations for action

5.3.1 Consult and engage Métis people to develop a Métis-specific mental health and substance use strategy.

5.3.2 Build Métis knowledge through research to understand fully the intergenerational effects of colonization and the mental health needs of Métis people today.

5.3.3 Develop, increase and sustain Métis mental health human resources.

5.3.4 Improve access to a full continuum of culturally competent and culturally safe mental health services, treatments and supports for Métis people.

5.3.5 Develop and strengthen collaborative relationships at all levels of government to advance and improve Métis mental health and well-being.

Priority 5.4 Strengthen the response to First Nations, Inuit, and Métis urban and rural mental health issues, and to complex social issues that affect mental health.

Recommendations for action

5.4.1 Develop a mental health and substance use strategy for First Nations, Inuit, and Métis in urban and rural centres.

5.4.2 Increase capacity to provide access to a full continuum of mental health services, treatments and supports for and by First Nations, Inuit, and Métis in urban and rural centres.

5.4.3 Take collaborative action across all levels of government to address complex social issues that undermine First Nations, Inuit, and Métis mental health, such as violence against women and over-representation in the child welfare and criminal justice systems, regardless of where people live.

Mobilize leadership, improve knowledge, and foster collaboration at all levels

Priority 6.1 Coordinate mental health policies across governments and across sectors

Recommendations for action

6.1.1 Establish a mechanism in every jurisdiction, with the full engagement of political leaders, to oversee development and implementation of government-wide mental health policies, with links to a similar pan-Canadian mechanism.

6.1.2 Improve collaboration and coordination among all levels of government regarding the mental health of First Nations, Inuit, and Métis, as well as other groups for whom the federal government has significant responsibilities for service delivery.

6.1.3 Encourage broadly based coalitions in the non-government sector to help mobilize leadership and build shared approaches to complex issues.

Priority 6.2 Improve mental health data collection, research, and knowledge exchange across Canada.

Recommendations for action

6.2.1 Gather and report to the public on data from the initial set of indicators for the Strategy (see page 128) while developing a framework for gathering and reporting on comprehensive data on outcomes over the longer term.

6.2.2 Develop a mental health research agenda for Canada, encompassing psychosocial and clinical research, neuroscience, as well as knowledge from lived experience and diverse cultures.

6.2.3 Enhance support for people living with mental health problems and illnesses to lead and participate meaningfully in all aspects of research.

6.2.4 Accelerate the translation of knowledge into action through a collaborative, coordinated knowledge-exchange infrastructure approach.

6.2.5 Establish guidelines and standards to foster continuous quality improvement in mental health-related policies and practices

Priority 6.3 Strengthen mental health human resources.

Recommendations for action

6.3.1 Strengthen pan-Canadian mental health human resources planning capacity to guide the development of a workforce that is the right size, has the right skills and the right mix of providers.

6.3.2 Develop a pan-Canadian mental health workforce development strategy, including core competencies for all mental health service providers.

Priority 6.4 Expand the leadership role of people living with mental health problems and illnesses, and their families, in setting mental health-related policy.

Recommendations for action

6.4.1 Establish guidelines to ensure that people living with mental health problems and illnesses—as well as their families—have leadership roles in developing and implementing mental health policies.

6.4.2 Build the capacity of local, regional and national organizations, led by and representing the interests of people living with mental health problems and illnesses, to ensure that their voices are heard.

Australia

Achieving integrated regional planning and service delivery

Action 1 Governments will support integrated planning and service delivery at the regional level by:

1.1. requiring development and public release of joint regional mental health and suicide prevention plans

1.2. providing guidance for the development of joint regional mental health and suicide prevention plans

1.3. developing a plan for ongoing development, refinement and application of the NMHSPF

1.4. developing and releasing planning tools based on the NMHSPF and an evidence-based, stepped care model

1.5. making available key national data to inform regional-level understanding of service gaps, duplication and areas of highest need.

Action 2 Governments will work with PHNs and LHNs to implement integrated planning and service delivery at the regional level. This will include:

2.1. utilising existing agreements between the Commonwealth and individual state and territory governments for regional governance and planning arrangements

2.2. engaging with the local community, including consumers and carers, community-managed organisations, ACCHSs, NDIS providers, the NDIA, private providers and social service agencies

2.3. undertaking joint regional mental health needs assessment to identify gaps, duplication and inefficiencies to make better use of existing resources and improve sustainability

2.4. examining innovative funding models, such as joint commissioning of services and fund pooling for packages of care and support, to create the right incentives to focus on prevention, early intervention and recovery

2.5. developing joint regional mental health and suicide prevention plans and commissioning services according to those plans

2.6. identifying and harnessing opportunities for digital mental health to improve integration

2.7. developing region-wide multi-agency agreements, shared care pathways, triage protocols and information-sharing protocols to improve integration and assist consumers and carers to navigate the system

2.8. developing shared clinical governance mechanisms to allow for agreed care pathways, referral mechanisms, quality processes and review of adverse events.

Suicide prevention

Action 3 Governments will establish a new Suicide Prevention Subcommittee of MHDAPC, as identified in the Governance section of this Fifth Plan, to set future directions for planning and investment.

Action 4 Governments will, through the Suicide Prevention Subcommittee of MHDAPC, develop a National Suicide Prevention Implementation Strategy that operationalises the 11 elements above, taking into account existing strategies, plans and activities, with a priority focus on: providing consistent and timely follow-up care for people who have attempted suicide or are at risk of suicide, including agreeing on clear roles and responsibilities for providers across the service system providing timely follow-up support to people affected by suicide improving cultural safety across all service settings improving relationships between providers, including emergency services improving data collections and combined evaluation efforts in order to build the evidence base on 'what works' in relation to preventing suicide and suicide attempts.

Action 5 Governments will support PHNs and LHNs to develop integrated, whole-of-community approaches to suicide prevention: This will include engaging with local communities to develop suicide prevention actions as part of a joint regional mental health and suicide prevention plan. These regional plans will be consistent with the 11 elements above and informed by the National Suicide Prevention Implementation Strategy as it is developed. At a regional level, PHNs and LHNs will work together to map providers across the service system, develop stronger referral pathways and build community knowledge of the range of available services and how to access them. Coordinating treatment and supports for people with severe and complex mental illness

Action 6 Governments will negotiate agreements that prioritise coordinated treatment and supports for people with severe and complex mental illness. This will include planning for the community mental health support needs of people who do not qualify

to receive supports under the NDIS, including fulfilment of agreed continuity of support provisions and ensuring any mainstream capacity is not lost for the broader population as a result of transition to the NDIS.

Action 7 Governments will require PHNs and LHNs to prioritise coordinated treatment and supports for people with severe and complex mental illness at the regional level and reflect this in regional planning and service delivery.

Action 8 Governments will establish a time-limited Mental Health Expert Advisory Group, as identified in the Governance section of this Fifth Plan, that will: advise on the implementation of the Fifth Plan and analyse progress where requested by AH-MAC, provide advice on broader mental health policy issues, which may include cross-portfolio consideration of issues that may arise from the implementation of mental health reforms and the NDIS for people with severe and complex mental illness and opportunities to harmonise data collection strategies.

Action 9 Governments will develop, implement and monitor national guidelines to improve

coordination of treatment and supports for people with severe and complex mental illness.

These guidelines will: clarify roles and responsibilities across the health and community support service sectors be consistent with the COAG Mainstream Interface Principles (which determine the responsibilities of the NDIS and other service providers)

specify criteria to guide the targeting of service delivery to consumers, including identifying pathways for culturally competent services

promote the roles of multi-agency care plans, care pathways and information-sharing protocols

identify opportunities for the use of digital mental health and electronic health records in coordinating care

highlight the role of data in supporting these activities

Improving Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and suicide prevention

Action 10 Governments will work with PHNs and LHNs to implement integrated planning and service delivery for Aboriginal and Torres Strait Islander peoples at the regional level. This will include: engaging Aboriginal and Torres Strait Islander communities in the co-design of all aspects of regional planning and service delivery

collaborating with service providers regionally to improve referral pathways between GPs, ACCHSs, social and emotional wellbeing services, alcohol and other drug services and mental health services, including improving opportunities for screening of mental and physical wellbeing at all points; connect culturally informed suicide prevention and postvention services locally and identify programs and services that support survivors of the Stolen Generation

developing mechanisms and agreements that enable shared patient information, with informed consent, as a key enabler of care coordination and service integration

clarifying roles and responsibilities across the health and community support service sectors

ensuring that there is strong presence of Aboriginal and Torres Strait Islander leadership on local mental health service and related area service governance structures.

Action 11 Governments will establish an Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Suicide Prevention Subcommittee of MHDAPC, as identified in the Governance section of this Fifth Plan, that will set future directions for planning and investment and: provide advice to support the development of a nationally agreed approach to suicide prevention for Aboriginal and Torres Strait Islander peoples for inclusion in the National Suicide Prevention Implementation Strategy provide advice on models for co-located or flexible service arrangements that promote social and emotional wellbeing incorporating factors, including a person's connection to country, spirituality, ancestry, kinship and community identify innovative strategies, such as the use of care navigators and single care plans, to improve service integration, support continuity of care across health service settings and connect Aboriginal and Torres Strait Islander peoples with community-based social support (non-health) services provide advice on suitable governance for services and the most appropriate distribution of roles and responsibilities, recognising that the right of Aboriginal and Torres Strait Islander communities to self-determination lies at the heart of community control in the provision of health services oversee the development, dissemination and promotion in community, hospital and custodial settings of a resource that articulates a model of culturally competent Aboriginal and Torres Strait Islander mental health care across the health care continuum and brings together (a) the holistic concept of social and emotional wellbeing and (b) mainstream notions of stepped care, trauma-informed

care and recovery-oriented practice provide advice on workforce development initiatives that can grow and support an Aboriginal and Torres Strait Islander mental health workforce, incorporate Aboriginal and Torres Strait Islander staff into multidisciplinary teams and improve access to cultural healers provide advice on models of service delivery that embed cultural capability into all aspects of clinical care and implement the Cultural Respect Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Health 2016–2026 in mental health services provide advice on culturally appropriate digital service delivery and strategies to assist Aboriginal and Torres Strait Islander peoples to register for My Health Record and to understand the benefits of shared data.

Action 12 Governments will improve Aboriginal and Torres Strait Islander access to, and experience with, mental health and wellbeing services in collaboration with ACHSs and other service providers by:

12.1. developing and distributing a compendium of resources that includes (a) best-practice examples of effective Aboriginal and Torres Strait Islander mental health care, (b) culturally safe and appropriate education materials and resources to support self-management of mental illness and enhance mental health literacy and (c) culturally appropriate clinical tools and resources to facilitate effective assessment and to improve service experiences and outcomes

12.2. increasing knowledge of social and emotional wellbeing concepts, improving the cultural competence and capability of mainstream providers and promoting the use of culturally appropriate assessment and care planning tools and guidelines

12.3. recognising and promoting the importance of Aboriginal and Torres Strait Islander leadership and supporting implementation of the Gayaa Dhuwi (Proud Spirit) Declaration

12.4. training all staff delivering mental health services to Aboriginal and Torres Strait Islander peoples, particularly those in forensic settings, in trauma-informed care that incorporates historical, cultural and contemporary experiences of trauma.

Action 13 Governments will strengthen the evidence base needed to improve mental health services and outcomes for Aboriginal and Torres Strait Islander peoples through:

13.1. establishing a clearinghouse of resources, tools and program evaluations for all settings to support the development of culturally safe models of service delivery, including the use of cultural healing and trauma-informed care

13.2. ensuring that all mental health services work to improve the quality of identification of Indigenous peoples in their information systems through the use of appropriate standards and business processes

13.3. ensuring that future investments are properly evaluated to inform what works

13.4. reviewing existing datasets across all settings for improved data collection on the mental health and wellbeing of, and the prevalence of mental illness in, Aboriginal and Torres Strait Islander peoples

13.5. utilising available health services data and enhancing those collections to improve services for Aboriginal and Torres Strait Islander peoples.

Improving the physical health of people living with mental illness and reducing early mortality

Action 14 Governments commit to the principles of Equally Well—The National Consensus Statement for improving the physical health and wellbeing of people living with mental illness in Australia.

Action 15 Governments will develop or update guidelines and other resources for use by health services and health professionals to improve the physical health of people living with mental illness. Implementation of the guidelines and resources will be monitored and reported. These guidelines and resources will: provide advice on how to ensure physical health checks are part of the routine care of individuals with mental illness provide advice on screening, detection, treatment and early medical intervention for people known to be at high risk of physical ill health define the roles of GPs, other primary care providers and specialist health providers in supporting integrated physical and mental health care.

Action 16 Governments will work with PHNs and LHNs to build into local treatment planning and clinical governance the treatment of physical illness in people living with mental illness by:

16.1. including it as part of joint service planning activity between PHNs and LHNs

16.2. including it as part of joint clinical governance activity

16.3. requiring roles and responsibilities to be documented as part of local service agreements.

Action 17 Governments will commence regular national reporting on the physical health of people living with mental illness. This will include: building on existing datasets and reporting mechanisms identifying and addressing data gaps seeking opportunities to share data across traditional boundaries. Reducing stigma and discrimination

Action 18 Governments will take action to reduce the stigma and discrimination experienced by people with mental illness that is poorly understood in the community. This will: involve consumers and carers, community groups and other key organisations build on existing initiatives, including the evidence base of what works in relation to reducing stigma and discrimination account for the specific experience of groups already at high risk of stigma, including Aboriginal and Torres Strait Islander peoples and people who identify as LGBTI.

Action 19 Governments will reduce stigma and discrimination in the health workforce by:

19.1. developing and implementing training programs that build awareness of and knowledge about the impact of stigma and discrimination

19.2. responding proactively and providing leadership when stigma or discrimination is seen

19.3. empowering consumers and carers to speak about the impacts of stigma and discrimination.

Action 20 Governments will ensure that the Peer Workforce Development Guidelines to be developed in Priority Area 8: create role delineations for peer workers that provide opportunities for meaningful contact with consumers and carers and grassroots-based advocacy identify effective anti-stigma interventions with the health workforce. Making safety and quality central to mental health service delivery

Action 21 Governments will develop a National Mental Health Safety and Quality Framework to guide delivery of the full range of health and support services required by people living with mental illness. The framework will describe the national agenda and work program for safety and quality over the next five years and will include:

21.1. identifying new and emerging national safety and quality priorities and updating the 2005

statement of National Safety Priorities in Mental Health

21.2. a revised national mental health performance framework to support reporting on performance and quality across all mental health service sectors

21.3. a guide for consumers and carers that outlines how they can participate in all aspects of what is undertaken within a mental health service so that their role in ongoing safety and quality initiatives is strengthened

21.4. a process for revising the NSMHS that accounts for interfaces with other relevant standards, such as the National Disability Standards

21.5. coverage of all relevant service delivery sectors.

Action 22 Governments will develop a mental health supplement to the NSQHS Standards (second edition) which will align the NSQHS Standards and the NSMHS:

The NSQHS Standards (second edition) and its mental health supplement will guide implementation of the standards for all mental health services in public and private hospitals and community services provided by local health networks to ensure a single set of standards for these services.

The NSMHS will be maintained as the authoritative reference point on quality mental health care for continuing use by those organisations not subject to the NSQHS Standards.

Action 23 Governments will implement monitoring of consumer and carer experiences of care, including the Your Experience of Service survey tool, across the specialised and primary care mental health service sectors. Efforts should be made to ensure groups that are historically poorly represented in these surveys, such as Aboriginal and Torres Strait Islander peoples, are properly represented and that survey tools are appropriately adapted to allow for this.

Action 24 Governments will develop an updated statement on National Mental Health Information Priorities for information developments over the next ten years.

Action 25 Governments will ensure service delivery systems monitor the safety and quality of their services and make information on service quality performance publicly available.

Action 26 Governments will improve consistency across jurisdictions in mental health legislation. This will be based on an understanding of their impacts on consumer and

carers and consistent with the 1 July 2016 United Nations Human Rights Council Resolution on Mental Health and Human Rights and the 2006 CRPD.

Action 27 Governments will make accessible the WHO QualityRights guidance and training tools to build awareness amongst consumers and carers, community managed organisations and other health services of consumer rights under the CRPD. Ensuring that the enablers of effective system performance and system improvement are in place

Action 28 Governments will request the National Mental Health Commission to work in collaboration with the National Health and Medical Research Council, consumers and carers, states and territories, research funding bodies and prominent researchers to develop a research strategy to drive better treatment outcomes across the mental health sector.

Action 29 Governments will develop Peer Workforce Development Guidelines, consistent with the recommendation made by the National Mental Health Commission's 2014 National Review of Mental Health Programmes and Services and the commitment made at Action 20.

Action 30 Governments will monitor the growth of the national peer workforce through the development of national mental health peer workforce data including data collection and public reporting.

Action 31 Governments will use the outputs from the NMHSPF, and other relevant data, to develop a Workforce Development Program that will guide strategies to address future workforce supply requirements and drive recruitment and retention of skilled staff.

Action 32 Governments will develop a National Digital Mental Health Framework in collaboration with the National Digital Health Agency that will include: an analysis of available research on new technology-driven platforms that are already operational an analysis of interoperability considerations relevant to future data developments cohesive guidance on the structure of digital mental health services recommendations on the development of new digital service delivery platforms actions for addressing access to new digital service delivery platforms for people from culturally and linguistically diverse communities and others who have limited engagement with these platforms guidance on clinical governance for digital mental health services where appropriate safety and quality mechanisms are built into service delivery and links into traditional face-to-face services are provided workforce development priorities to improve use and uptake of digital mental health services.

Englanti

Commissioning for prevention and quality care

Recommendation 1: NHS England should continue to work with Health Education England (HEE), Public Health England (PHE), Government and other key partners to resource and implement Future in Mind, building on the 2015/16 Local Transformation Plans and going further to drive system-wide transformation of the local offer to children and young people so that we secure measurable improvements in their mental health within the next four years. This must include helping 70,000 more children and young people to access high quality mental health care when they need it. The CYP Local Transformation Plans should be refreshed and integrated into the forthcoming Sustainability and Transformation Plans (STPs), which cover all health and care in the local geography, and should include evidence about how local areas are ensuring a joined up approach that is consistent with the existing statutory framework for children and young people.

Recommendation 2: PHE should develop a national Prevention Concordat programme that will support all Health and Wellbeing Boards (along with CCGs) to put in place updated Joint Strategic Needs Assessment (JSNA) and joint prevention plans that include mental health and co-morbid alcohol and drug misuse, parenting programmes, and housing, by no later than 2017.

Recommendation 3: The Department of Health, PHE and NHS England should support all local areas to have multi-agency suicide prevention plans in place by 2017, reviewed annually thereafter and supported by new investment.

Recommendation 4: The Cabinet Office should ensure that the new Life Chances Fund of up to £30 million for outcome-based interventions to tackle alcoholism and drug addiction through proven approaches requires local areas to demonstrate how they will integrate assessment, care and support for people with co-morbid substance misuse and mental health problems. It should also be clear about the funding contribution required from local commissioners to pay for the outcomes that are being sought.

Recommendation 5: By 2020/21, NHS England and the Joint Unit for Work and Health should ensure that up to 29,000 more people per year living with mental health problems should be supported to find or stay in work through increasing access to psychological therapies for common mental health problems (see Chapter Two) and doubling the reach of Individual Placement and Support (IPS). The Department of Work and Pensions should also invest to ensure that qualified employment advisers are fully integrated into expanded psychological therapies services.

Recommendation 6: The Department of Health and the Department for Work and Pensions, working with NHS England and PHE, should identify how the £40 million innovation fund announced at the Spending Review and other investment streams should be used to support devolved areas to jointly commission more services that have been proven to improve mental health and employment outcomes, and test how the principles of these services could be

applied to other population groups and new funding mechanisms (e.g. social finance).

Recommendation 7: The Department for Work and Pensions should ensure that when it tenders the Health and Work Programme it directs funds currently used to support people on Employment Support Allowance to commission evidence-based health-led interventions that are proven to deliver improved employment outcomes – as well as improved health outcomes – at a greater rate than under current Work Programme contracts

Recommendation 8: NHS England should work with NHS Improvement to run pilots to develop evidence based approaches to co-production in commissioning by April 2018.

Recommendation 9: NHS England should ensure that by April 2017 population-based budgets are in place which give CCGs or other local partners the opportunity to collaboratively commission the majority of specialized services across the life course. In 2016/17, NHS England should also trial new models through a vanguard programme that allow secondary providers of these services to manage care budgets for tertiary (specialised) mental health services to improve outcomes and reduce out of area placements.

Recommendation 10: The Department of Health, Department of Communities and Local Government, NHS England, HM Treasury and other agencies should work with local authorities to build the evidence base for specialist housing support for vulnerable people with mental health problems and explore the case for using NHS land to make more supported housing available for this group.

Recommendation 11: The Department of Work and Pensions should, based on the outcome of the “Supported Housing” review in relation to the proposed Housing Benefit cap to Local Housing Allowance levels, use the evidence to ensure the right levels of protection are in place for people with mental health problems who require specialist supported housing.

Recommendation 12: The Department of Health should work with PHE to continue to support proven behaviour change interventions, such as Time to Change, and to establish Mental Health Champions in each community to contribute towards improving attitudes to mental health by at least a further 5 per cent by 2020/21.

Good quality care for all 7 days a week

Recommendation 13: By 2020/21, NHS England should complete work with ALB partners to develop and publish a clear and comprehensive set of care pathways, with accompanying quality standards and guidance, based on the timetable set out in this report. These standards should incorporate the relevant physical health care interventions and the principles of co-produced care planning.

Recommendation 14: NHS England should invest to increase access to integrated evidence-based psychological therapies for an additional 600,000 adults with anxiety and depression each year by 2020/21 (resulting in at least 350,000 completing treatment), with a focus on people living with long-term physical health conditions and supporting 20,000 people into employment. There must also be investment to increase access to psychological therapies for people with psychosis, bipolar disorder and personality disorder.

Recommendation 15: By 2020/21, NHS England should support at least 30,000 more women each year to access evidence-based specialist mental health care during the perinatal period. This should include access to psychological therapies and the right range of specialist community or inpatient care so that comprehensive, high quality services are in place across England.

Recommendation 16: The NHS should ensure that from April 2016 50 per cent of people experiencing a first episode of psychosis have access to a NICE-approved care package within two weeks of referral, rising to at least 60 per cent by 2020/21.

Recommendation 17: By 2020/21, NHS England should ensure that a 24/7 community-based mental health crisis response is available in all areas across England and that services are adequately resourced to offer intensive home treatment as an alternative to an acute inpatient admission. For adults, NHS England should invest to expand Crisis Resolution and Home Treatment Teams (CRHTTs); for children and young people, an equivalent model of care should be developed within this expansion programme.

Recommendation 18: By 2020/21, NHS England should invest to ensure that no acute hospital is without all-age mental health liaison services in emergency departments

and inpatient wards, and at least 50 per cent of acute hospitals are meeting the 'core 24' service standard as a minimum.

Recommendation 19: NHS England should undertake work to define a quantified national reduction in premature mortality among people with severe mental illness, and an operational plan to begin achieving it from 2017/18. NHS England should also lead work to ensure that by 2020/21, 280,000 more people living with severe mental illness have their physical health needs met by increasing early detection and expanding access to evidence-based physical care assessment and intervention.

Recommendation 20: PHE should prioritise ensuring that people with mental health problems who are at greater risk of poor physical health get access to prevention and screening programmes. This includes primary and secondary prevention through screening and NHS Health Checks, as well as interventions for physical activity, obesity, diabetes, heart disease, cancer and access to 'stop smoking' services. As part of this, NHS England and PHE should support all mental health inpatient units and facilities (for adults, children and young people) to be smoke-free by 2018.

Recommendation 21: NHS England should ensure that people being supported in specialist older-age acute physical health services have access to liaison mental health teams – including expertise in the psychiatry of older adults – as part of their package of care, incentivised through the introduction of a new national Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) framework or alternative incentive payments, and embedded through the Vanguard programmes.

Recommendation 22: In 2016, NHS England and relevant partners should set out how they will ensure that standards are introduced for acute mental health care, with the expectation that care is provided in the least restrictive way and as close to home as possible. These plans should include specific actions to substantially reduce Mental Health Act detentions and ensure that the practice of sending people out of area for acute inpatient care as a result of local acute

bed pressures is eliminated entirely by no later than 2020/21. Plans should also include specific action to substantially reduce Mental Health Act detentions and targeted work should be undertaken to reduce the current significant overrepresentation of BAME and any other disadvantaged groups within detention rates. Plans for introduction of standards should form part of a full response to the Independent Commission on Acute Adult Psychiatric Care, established and supported by the Royal College of Psychiatrists, by no later than end 2016/17.

Recommendation 23: NHS England should lead a comprehensive programme of work to increase access to high quality care that prevents avoidable admissions and supports recovery for people of all ages who have severe mental health problems and significant risk or safety issues in the least restrictive setting, as close to home as possible. This should seek to address

existing fragmented pathways in secure care, increase provision of community based services such as residential rehabilitation, supported housing and forensic or assertive outreach teams and trial new co-commissioning, funding and service models.

Recommendation 24: The Ministry of Justice, Home Office, Department of Health, NHS England and PHE should work together to develop a complete health and justice pathway to deliver integrated health and justice interventions in the least restrictive setting, appropriate to the crime which has been committed. Innovation and research to drive change now and in the future

Recommendation 25: The MCP, PACS, UEC Vanguard and the Integrated Personalised Commissioning programme should be supported to ensure that the inclusion of payment for routine integrated care adequately reflects the mental health needs of people with long-term physical health conditions. Vanguard sites should also provide greater access to personal budgets for people of all ages, including children and young people who have multiple and complex needs, to provide more choice and control over how and when they access different services.

Recommendation 26: The UK should aspire to be a world leader in the development and application of new mental health research. The Department of Health, working with all relevant parts of government, the NHS ALBs, research charities, independent experts, industry and experts-by-experience, should publish a report one year from now setting out a 10-year strategy for mental health research. This should include a coordinated plan for strengthening and developing the research pipeline on identified priorities, and promoting implementation of research evidence.

Recommendation 27: The Higher Education Funding Council for England (HEFCE) should review funding requirements and criteria for decision-making to support parity through the Research Excellence Framework and take action to ensure that clinical academics in mental health (including in psychiatry and neuroscience) are not disadvantaged relative to other areas of health research, starting in 2016/17.

Recommendation 28: The Department of Health, through the National Information Board, should ensure there is sufficient investment in the necessary digital infrastructure to realise the priorities identified in this strategy. Each ALB should optimise the

use of digital channels to communicate key messages and make services more readily available online, where appropriate, drawing on user insight. Building on trial findings, NHS England should expand work on NHS Choices to raise awareness and direct people to effective digital mental health products by integrating them into the website and promoting them through social marketing channels from 2016 onwards.

Recommendation 29: To drive and scale improvements in integration, the Department of Health and relevant partners should ensure that future updates to the Better Care Fund include mental health and social work services.

Recommendation 30: NHS England and NHS Improvement should encourage providers to ensure that ‘navigators’ are available to people who need specialist care from diagnosis onwards to guide them through options for their care and ensure they receive appropriate support. They should work with HEE to develop and evaluate this model.

Recommendation 31: NHS England should work with CCGs, local authorities and other partners to develop and trial a new model of acute inpatient care for young adults aged 16–25 in 2016, working with vanguard sites.

Strengthening the workforce

Recommendation 32: HEE should work with NHS England, PHE, the Local Government Association and local authorities, professional bodies, charities, experts-by-experience and others to develop a costed, multi-disciplinary workforce strategy for the future shape and skill mix of the workforce required to deliver both this strategy and the workforce recommendations set out in Future in Mind. This must report by no later than 2016.

Recommendation 33: NHS England should ensure current health and wellbeing support to NHS organisations extends to include good practice in the management of mental health in the workplace, and provision of occupational mental health expertise and effective workplace interventions from 2016 onwards.

Recommendation 34: NHS England should introduce a CQUIN or alternative incentive payment relating to NHS staff health and wellbeing under the NHS Standard Contract by 2017.

Recommendation 35: NHS England should develop and introduce measures of staff awareness and confidence in dealing with mental health into annual NHS staff surveys across all settings.

Recommendation 36: The Department of Health and NHS England should work with the Royal College of GPs and HEE to ensure that by 2020 all GPs, including the 5,000 joining the workforce by 2020/21, receive core mental health training, and to develop a new role of GPs with an extended Scope of Practice (GPwER) in Mental Health, with at least 700 in practice within 5 years.

Recommendation 37: The Department of Health should continue to support the expansion of programmes that train people to qualify as social workers and contribute to ensuring the workforce is ready to provide high quality social work services in mental health. This should include expanding 'Think Ahead' to provide at least an additional 300 places.

Recommendation 38: By April 2017, HEE should work with the Academy of Medical Royal Colleges to develop standards for all prescribing health professionals that include discussion of the risks and benefits of medication, and take into account people's personal preferences, including preventative physical health support and the provision of accessible information to support informed decision-making.

A transparency and data revolution

Recommendation 39: The Department of Health, NHS England, PHE and the HSCIC should develop a 5-year plan to address the need for substantially improved data on prevalence and incidence, access, quality, outcomes, prevention and spend across mental health services. They should also publish a summary progress report by the end of 2016 setting out how the specific actions on data, information sharing and digital capability identified in this report and the National Information Board's Strategy are being implemented.

Recommendation 40: The Department of Health should develop national metrics to support improvements in children and young people's mental health outcomes, drawing on data sources from across the whole system, including NHS, public health, local authority children's services and education, to report with proposals by 2017.

Recommendation 41: The Department of Health, HSCIC and MyNHS, working with NHS England, should improve transparency in data to promote choice, efficiency, access and quality in mental health care, ensuring that all NHS-commissioned mental health data are transparent (including where data quality is poor) to drive improvements in services. The CCG Performance and Assessment Framework should include a robust basket of indicators to provide a clear picture of the quality of commissioning for mental health. To complement this, NHS England should lead work on producing a

Mental Health Five Year Forward View Dashboard by the summer of 2016 that identifies metrics for monitoring key performance and outcomes data that will allow us to hold national and local bodies to account for implementing this strategy. The Dashboard should include employment and settled housing outcomes for people with mental health problems.

Recommendation 42: NHS England and the HSCIC should work to identify unnecessary data collection requirements, and then engage with NHS Improvement to prioritise persistent non-compliance in data collection and submission to the MHSDS, and take regulatory action where necessary.

Recommendation 43: During 2016 NHS England and PHE should set a clear plan to develop and support the Mental Health Intelligence Network over the next five years, so that it supports data linkage across public agencies, effective commissioning and the implementation of new clinical pathways and standards as they come online.

Recommendation 44: By 2020/21, NHS England and NHS Improvement should work with the HSCIC and with Government to ensure rapid using and sharing of data with other agencies. The Department of Health should hold the HSCIC to account for its performance, and consult to set minimum service expectations for turning around new datasets or changes to existing datasets by no later than summer 2016.

Recommendation 45: The Department of Health and HSCIC should advocate the adoption of data-rich Summary Care Records that include vital mental health information, where individuals consent for information to be shared, by 2016/17.

Recommendation 46: The Department of Health should commission regular prevalence surveys for children, young people and adults of all ages that are updated not less than every seven years.

Incentives, levers and payment

Recommendation 47: NHS England and NHS Improvement should together lead on costing, developing and introducing a revised payment system by 2017/18 to drive the whole system to improve outcomes that are of value to people with mental health problems and encourage local health economies to take action in line with the aims of this strategy. This approach should be put in place for children and young people's services as soon as possible.

Recommendation 48: NHS England should disaggregate the inequalities adjustment from the baseline funding allocation for CCGs and primary care, making the value of

this adjustment more visible and requiring areas to publicly report on how they are addressing unmet mental health need and inequalities in access and outcomes.

Recommendation 49: ACRA should review NHS funding allocation formulas, including the inequalities adjustment, to ensure it supports parity between physical and mental health in 2016/17. They should also be reviewed to ensure they correctly estimate the prevalence and incidence of conditions across the mental health spectrum. Membership of ACRA should be revisited with the specific goal of ensuring that mental health expertise is adequately represented across the disciplines involved, e.g. clinical, academic, policy and providers.

Recommendation 50: The Department of Health and NHS England should require CCGs to publish data on levels of mental health spend in their Annual Report and Accounts, by condition and per capita, including for children and Adolescent Mental Health Services, from 2017/8 onwards. They should require CCGs to report on investment in mental health to demonstrate the commitment that commissioners must continue to increase investment in mental health services each year at a level which at least matches their overall allocation increase.

Fair regulation and inspection

Recommendation 51: The Department of Health should work with a wide range of stakeholders to review whether the Mental Health Act (and relevant Code of Practice) in its current form should be revised in parts, to ensure stronger protection of people's autonomy, and greater scrutiny and protection where the views of individuals with mental capacity to make healthcare decisions may be overridden to enforce treatment against their will.

Recommendation 52: The Department of Health should carry out a review of existing regulations of the Health and Social Care Act to identify disparities and gaps between provisions relating to physical and mental health services. This should include considering how to ensure that existing regulations extend rights equally to people experiencing mental health problems (e.g. to types of intervention that are mandated, to access to care within maximum waiting times).

Recommendation 53: Within its strategy for 2016–2020, the CQC should set out how it will strengthen its approach to regulating and inspecting NHS-funded services to include mental health as part of its planned approach to assessing the quality of care along pathways and in population groups.

Recommendation 54: The Department of Health should consider how to introduce the regulation of psychological therapy services, which are not currently inspected unless they are provided within secondary mental health services.

Recommendation 55: The CQC should work with Ofsted, Her Majesty's Inspectorate of Constabulary and Her Majesty's Inspectorate of Probation to undertake a Joint Targeted Area Inspection to assess how the health, education and social care systems are working together to improve children and young people's mental health outcomes.

Recommendation 56: The Department of Health should ensure that the scope of the Healthcare Safety Investigation Branch includes deaths from all causes in inpatient mental health settings and that there is independent scrutiny of the quality of investigation, analysis of local and national trends, and evidence that learning is resulting in service improvement.

Recommendation 57: NHS Improvement and NHS England, with support from PHE, should identify what steps services should take to ensure that all deaths by suicide across NHS-funded mental health settings, including out-of-area placements, are learned from, to prevent repeat events. This should build on insights through learning from never events, serious incident investigations and human factors approaches. The CQC should then embed this information into its inspection regime

Leadership inside the NHS, across government and in wider society

Recommendation 58: By no later than Summer 2016, NHS England, the Department of Health and the Cabinet Office should confirm what governance arrangements will be put in place to support the delivery of this strategy. This should include arrangements for reporting publicly on how progress is being made against recommendations for the rest of government and wider system partners, and the appointment of a new equalities champion for mental health to drive change.

Norja

Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet

Regjeringen vil

- Arbeide for at psykisk helse, livskvalitet og mestring er forankret i alle sektorer, og er gjennomgående i folkehelsepolitikken, i kommunesektoren og i staten

- Arbeide for å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen og for at alle har grønne områder for fysisk aktivitet og naturopplevelser i nærheten av der de bor
- Sikre at livskvalitet blir innarbeidet som mål på samfunnsutviklingen både nasjonalt, regionalt og lokalt
- Sørge for at betydningen av helsevennlige valg for psykisk helse er en del av helsemyndighetenes kampanjer og informasjonsarbeid

Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle

Regjeringen vil

- Sikre gode arbeidsmiljøforhold som muliggjør deltakelse fra personer med psykiske lidelser, og forebygger frafall fra arbeidslivet
- Arbeide for at personer med psykiske lidelser kan delta i arbeidslivet
- Videreutvikle helsetilbudene med både arbeid og helse som overordnet mål
- Bidra til at kommunene bedrer sitt arbeid mot ensomhet og utenforskap
- Arbeide for at stigma og fordommer knyttet til personer med psykiske lidelser reduseres både i befolkningen og i tjenestene

Pasientens helse- og omsorgstjeneste

Regjeringen vil

- Sikre utbredelse av dokumentert effektive arbeidsmåter som Rask psykisk helsehjelp, ACT-team og internettassistert behandling
- Implementere og systematisk evaluere pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Legge til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang
- Sikre at tjenestene etablerer rutiner og organisering som sikrer forsvarlig ivaretagelse av pasientenes somatiske helse

- Innføre betalingsordningen i forskrift om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse fra 2019
- Bidra til at tjenestetilbudet er forutsigbart, og at uønsket variasjon reduseres gjennom systematisk kvalitetsforbedring og styrket faglig ledelse
- Sikre systemer og rutiner for å ivareta brukernes innflytelse og medvirkning både på individ- og systemnivå

Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene

Regjeringen vil

- Sørge for at forskningsaktivitet, kunnskapsgap, forskningsaktører og ressurser innenfor psykisk helse blir gjennomgått for å sikre best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser ut fra målet om best mulig helse i hele befolkningen
- Sørge for at det både utvikles bedre registerdata for psykiske lidelser og ruslidelser og medisinske nasjonale kvalitetsregistre på egnede områder
- Videreutvikle datainnsamling og analyser om befolkningens livskvalitet på nasjonalt og lokalt nivå
- Bidra til at nasjonalt og lokalt folkehelsearbeid baseres på forskningsbasert kunnskap, herunder nye data til fylkeshelse- og kommunehelseprofiler.
- Vurdere etablering av en nasjonal forekomstundersøkelse av psykiske lidelser og ruslidelser på bakgrunn av pilot som gjennomføres av HUNT og Folkehelseinstituttet

Fremme god psykisk helse hos barn og unge

- Tilrettelegge for bedre kunnskapsgrunnlag om helse, livskvalitet, levekår og helsetjenestetilbud til barn og unge, herunder hvordan sosiale medier påvirker barn og unges psykiske helse
- Tilrettelegge for at barn og unges psykiske helse inkluderes i det systematiske kommunale folkehelsearbeidet gjennom kompetanseoppbygging og veiledning
- Videreutvikle program for folkehelsearbeid i kommuner til å omfatte hele landet

- Bidra til regelverksutvikling, regelverksetterleving, veiledning og tilsyn som sikrer at skole og barnehager systematisk fremmer godt psykososialt miljø, og forebygger diskriminering og mobbing
- Innføre livsmestring og folkehelse som ett av tre tverrfaglige tema i læreplanverket for Kunnskapsløftet.
- Bidra til at fylkeskommunen arbeider systematisk og målrettet for å øke gjennomføringsgraden i videregående opplæring
- Bidra til at alle kommuner har en god og tilgjengelig helsetjeneste for barn, unge og deres familier
- Videreutvikle digitale tjenester til barn og unge
- Vurdere om formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utvides til også å omfatte behandling og oppfølging
- Sørge for at BUP har oppdatert faglig kompetanse om utredning, behandling, oppfølging og samhandling slik at de kan gi et best mulig tilpasset og tilrettelagt tilbud til barn og unge og deres familier uavhengig av bosted
- Bidra til redusert og riktig bruk av tvang
- Bidra til at kommuner oppfyller sin lovpålagte plikt til å ha psykologkompetanse fra 2020
- Utrede hvordan tjenestene til barn og unge kan koordineres bedre, herunder blant annet
 - Overordnet koordinering av kommunale tjenester til barn og unge. Regjeringen vil vurdere lovfesting av plikt for kommunen til å utpeke en instans eller opprette en egen funksjon som skal ha koordineringsansvar for hjelpetjenester til barn og unge
 - Samordning av individuelle planer på ulike sektorområder. Regjeringen vil vurdere lovendringer for å styrke og harmonisere de ulike tjenestenes plikt til å utarbeide individuell plan, herunder en felles, harmonisert forskrift om individuell plan og krav til koordinator under de ulike tjenestelovene
- Vurdere å ta inn en bestemmelse i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten om samarbeid

om barn og unge med behov for tjenester fra begge nivåer, herunder om ordningen bør omfatte flere sektorer enn helse- og omsorgstjenestene

- Implementere og systematisk evaluere pakkeforløp for utredning og behandling ved psykiske lidelser for barn og unge
- Synliggjøre kunnskapsbaserte og medikamentfrie alternativer til barn og unge gjennom pakkeforløp og faglige retningslinjer
- Legge til rette for et tett samarbeid mellom brukere, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om systematisk og planmessig arbeid for å forebygge kriser, akutt- og tvangsinnleggelser gjennom arbeidet med regionale utviklingsplaner
- Sikre systematisk kvalitetsforbedring og faglig ledelse ved å invitere tjenesten og brukerne til å definere et sett av indikatorer som skal følges opp på enhetsnivå lokalt og på alle ledernivåer
- Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet.
- Utvikle modeller for utredning av barn i barnevern og etablering av hjemmesykehus i tilknytning til barnevernsinstitusjoner for barn med særlig store psykiske utfordringer
- Legge til rette for rutiner og systemer for å benytte brukererfaringer og brukerinvolvering av barn og unge til bruk i individuell oppfølging

Liite 2. Indikaattorit toimeenpanon onnistumisen arvioimiseksi

Kanada

Strategic Direction 1

Increase in the percentage of people who report positive mental health (Canadian Community Health Survey [CCHS] Mental Health 2012)

Decrease in the prevalence of aggression, anxiety, and hyperactivity in 5-year-olds (Early Development Instrument)

Increase in the uptake of psychological health and safety standards in the workplace (Canadian Centre for Occupational Health and Safety)

Increase in the percentage of people who report a strong sense of community belonging (CCHS Annual Survey)

Strategic Direction 2

Decrease in the number of people over the age of 15 who feel that someone held negative opinions about them or treated them unfairly during the past 12 months because of their past or current emotional or mental health problems (CCHS – Mental Health Experiences Module)

Decrease in the percentage of people who are identified as having a mental health problem or illness upon admission to the correction system (Corrections Services Canada; provincial and territorial corrections services)

Strategic Direction 3

Increase in the proportion of people with mood or anxiety disorders in the past year who consult a professional (CCHS Annual Survey)

Increase in the life expectancy of people living with severe mental illnesses (Vital Statistics / Statistics Canada and linked physician data)

Decrease in hospital readmission rates for mental illness within seven and 30 days (Statistics Canada)

Reduction in the number of people living with mental health problems and illnesses who are homeless or without adequate housing (Canada Mortgage and Housing Corporation; Canadian Institute for Health Information)

Increase in the number of supportive housing units for people living with mental health problems and illnesses (Canada Mortgage and Housing Corporation)

Increase in the rates of employment for people living with mental health problems and illnesses (Human Resources and Skills Development Canada; Canadian Community Health Survey Labour Force Module)

Strategic Direction 4

Increase in the proportion of immigrants experiencing emotional problems who are getting help from someone other than a family member or friend (Longitudinal Survey of Immigrants to Canada)

Strategic Direction 5

Increase in the percentages of First Nations, Inuit or Métis adults who have access to traditional medicine, healing or wellness practices (Aboriginal Peoples Survey; First Nations Regional Longitudinal Health Survey)

Increase in the percentages of First Nations, Inuit or Métis adults who have accessed mental health professionals in the past year (Aboriginal Peoples Survey; First Nations Regional Longitudinal Health Survey)

Australia

PI 1: Proportion of children developmentally vulnerable in the Australian Early Development Index

PI 2: Long-term health conditions in people with mental illness

PI 3: Rate of drug use in people with mental illness

PI 4: Avoidable hospitalisations for physical illness in people with mental illness

PI 5: Mortality gap for people with mental illness

PI 6: Prevalence of mental illness

PI 7: Proportion of adults with very high levels of psychological distress

PI 8: Connectedness and meaning in life

PI 9: Rate of social/community/family participation amongst people with mental illness

PI 10: Proportion of people with mental illness in employment

PI 11: Proportion of carers of people with mental illness in employment

PI 12: Proportion of mental health consumers in suitable housing

PI 13: Proportion of consumers and carers with positive experiences of service

PI 14: Change in mental health consumers' clinical outcomes

PI 15: Population access to mental health care

PI 16: Post-discharge community care

PI 17: Readmission to hospital

PI 18: Proportion of total mental health workforce accounted for by the mental health peer workforce

PI 19: Rates of suicide

PI 20: Suicide of persons in inpatient mental health units

PI 21: Rates of follow-up after suicide attempt/self-harm

PI 22: Rate of seclusion in acute inpatient mental health units

PI 23: Rate of involuntary hospital treatment

PI 24: Experience of discrimination in people with mental illness

Englanti

At least 35% of CYP with a diagnosable MH condition receive treatment from an NHS-funded community MH service.

Number of additional CYP treated over 2014/15 baseline

CYP MH transformation milestones

CCG spend of additional funding for CYP MH

Number of CYP commencing treatment in NHS-funded community services

Proportion of CYP with an eating disorder receiving treatment within 4 weeks (routine) and 1 week (urgent)

Proportion of CYP showing reliable improvement in outcomes following treatment

Total bed days in CAMHS tier 4 per CYP population; total CYP in adult in-patient wards/paediatric wards

Number of women receiving specialist perinatal care in a community team (annual figure)

CCG spend on specialist perinatal community services

Collection and recording of routine outcomes measures for perinatal MH

Referral to treatment waiting times for access to evidencebased care

Current standards: Access to treatment, recovery rate, and referral to treatment time

Access and outcomes for different population groups

Physical health outcomes for people being treated in integrated services

Healthcare utilization

CCG spend on IAPT services

Number of staff co-located in general practice & workforce numbers and capabilities

Crisis care milestones: liaison MH, CRHTTs, places of safety

OATs milestones: monitoring, commissioning plans

Number of non-specialist acute MH OATs

% of people with first episode psychosis commencing NICE recommended package of care within two weeks of referral

% of EIP services meeting full range of NICE standards

% of acute hospitals with a 24/7 liaison mental health service at minimum Core 24 standard

CCG spend on: liaison MH in acute hospitals, EIP, CRHTTs

Data on access and outcomes for veterans in all mental health services (including IAPT data sets)

Proportion of people on the Care Programme Approach which was initiated in prison

Number of individuals who have received individual/group therapy within a prison

Number of prisoners receiving an initial psychiatric assessment

Mental health secure transfers: number of transfers within 2/4/8/12/20 weeks of acceptance under the Mental Health Act

Suicide: age-standardised death rate per 100,000 population

Lähteet

Skotlanti:

Mental Health Strategy 2017-2027 <https://www.gov.scot/publications/mental-health-strategy-2017-2027/>

Suicide prevention action plan: every life matters (2018) <https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/>

All Together Now. Our Strategy to Address The Harms of Alcohol and Drugs in Scotland (Draft) (2018) <https://www2.gov.scot/Resource/0054/00540069.pdf>

Mental Health in Scotland - a 10-year vision: analysis of responses to the public engagement exercise (2016) <https://consult.gov.scot/mental-health-unit/mental-health-in-scotland-a-10-year-vision/>

Strategy implementation (website) <https://www2.gov.scot/Topics/Health/Services/Mental-Health/Strategy/StrategyImplementation>

European Commission 2018. EACEA National Policies Platform. UK. Scotland. Mental Health <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/75-mental-health-united-kingdom-scotland>

Ruotsi:

Regeringens strategi inom området psykisk ohälsa 2016–2020 http://samordnarepsy-kiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/08/psykisk_halsa_210x240_se_webb.pdf

National action programme for suicide prevention (2016)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/content-tassets/55a1a12d413344b099f363c252a480bb/nation-action-programme-suicide-prevention-16128.pdf>

En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020 (website) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/stodja-genomforandet-av-andt-strategin/om-andt-strategin/>

European Commission 2018. EACEA National Policies Platform. Sweden. Mental Health <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/75-mental-health-sweden>

Ahnquist Johanna, Telander Jenny & Erixon Ida, National Public Health Agency of Sweden 2017. The Swedish Experience of developing and Implementing a national mental health strategy, and efforts to prevent suicide. EuroHealthNet magazine Edition 9 <http://eurohealthnet-magazine.eu/the-swedish-experience-of-developing-and-implementing-a-national-mental-health-strategy-and-efforts-to-prevent-suicide/>

Regeringskansliet 2012. PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016 <https://www.regeringen.se/49bbd2/contentassets/214bb76a9b0a4b50a9d6d73534a0f7a4/prio-psykisk-ohalsa---plan-for-riktade-insatser-inom-området-psykisk-ohalsa-2012-2016-s2012.006>

Sveriges Kommuner och Landsting 2017. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om psykisk hälsa <https://www.uppdragpsykisk-halsa.se/assets/uploads/2018/01/Beslut-om-overenskommelse-2018.pdf>

Kanada:

Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada (2012) https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf

Canadian drugs and substances strategy <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugs-substances-strategy.html>

The Federal Framework for Suicide Prevention (2016)

<https://www.canada.ca/content/dam/canada/public-health/migration/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-cadre-suicide/alt/framework-suicide-cadre-suicide-eng.pdf>

The Mental Health Strategy for Canada: A Youth Perspective (2016) https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/Youth_Strategy_Eng_2016.pdf

Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada (2009) https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_ENG_0_1.pdf

Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada (2015) https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Informing%252520the%252520Future%252520-%252520Mental%252520Health%252520Indicators%252520for%252520Canada_0.pdf

Advancing the Mental Health Strategy for Canada. A Framework for Action (2017–2022) https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-08/advancing_the_mental_health_strategy_for_canada_a_framework_for_action.pdf

Australia:

The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan / National mental health strategy 2017-2022 <http://www.coaghealthcouncil.gov.au/Portals/0/Fifth%20National%20Mental%20Health%20and%20Suicide%20Prevention%20Plan.pdf>

National Drug Strategy 2017–2026 <https://www.hcasa.asn.au/documents/555-national-drug-strategy-2017-2026/file>

The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan. Implementation Plan (2017) http://www.coaghealthcouncil.gov.au/Portals/0/Fifth%20National%20Mental%20Health%20and%20Suicide%20Prevention%20Plan_Implementation%20Plan.pdf

Healthy, Safe and Thriving: National Strategic Framework for Child and Youth Health (2015) <http://www.coaghealthcouncil.gov.au/Portals/0/Healthy%20Safe%20and%20Thriving%20-%20National%20Strategic%20Framework%20for%20Child%20and%20Youth%20Health.pdf>

Australian Government, Department of Health 2018. Budget at a Glance–Key Initiatives. [http://www.health.gov.au/internet/budget/publishing.nsf/Content/5A7BC0AE4440FC6FCA25826A008385D1/\\$File/Budget%20at%20a%20Glance.pdf](http://www.health.gov.au/internet/budget/publishing.nsf/Content/5A7BC0AE4440FC6FCA25826A008385D1/$File/Budget%20at%20a%20Glance.pdf)

Englanti:

The Five Year Forward View for Mental Health 2017–2020 /21 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>

2017 Drug Strategy https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/628148/Drug_strategy_2017.PDF

Third progress report of the cross-government outcomes strategy to save lives (2017) https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/582117/Suicide_report_2016_A.pdf

Implementing The Five Year Forward View for Mental Health (2016) <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyfv-mh.pdf>

Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing (2015) https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/414024/Childrens_Mental_Health.pdf

European Commission 2018. EACEA National Policies Platform. UK. England. Mental Health <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/75-mental-health-united-kingdom-england>

Department of Health & Department of Education 2017. Transforming Children and Young People's Mental Health Provision: a Green paper https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/664855/Transforming_children_and_young_people_s_mental_health_provision.pdf

Norja:

Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000ddd-pdfs.pdf>

Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017 https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf

European Commission 2018. EACEA National Policies Platform. Norway. Mental Health <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/en/content/youthwiki/75-mental-health-norway>

Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021: https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

Prop. 1 S (2018 – 2019) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budjettåret 2019 https://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2019/dokumenter/pdf/hod.pdf

Muut:

The European Mental Health Action Plan. Regional Committee for Europe. Sixty-third Session (2013) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

